

THESIS

WURZBURG

1968

Aus dem Hygienischen Institut der Freien und
Hansestadt Hamburg

Direktor: Professor Dr. Dr. Hans Harmsen

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Gesetzlicher Arbeitsschutz
und werksärztlicher Dienst in
Deutschland, Schweden und den Niederlanden

med. 12 34

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Vorgelegt
von
Winfried Cray
aus Königsberg (Neumark)

Hamburg 1968

Aus dem Hygienischen Institut der Freien und Hansestadt Hamburg

Direktor: Professor Dr. Dr. Hans Harmsen

GESETZLICHER ARBEITSSCHUTZ
UND WERKSÄRZTLICHER DIENST IN
DEUTSCHLAND, SCHWEDEN UND DEN NIEDERLANDEN

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Vorgelegt
von
Winfried Cray
aus Königsberg (Neumark)

Hamburg 1968

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:

..... 29.7. 1968

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Dekan: Professor Dr. H. Gerdessen

Referent: ... Prof. Dr. Dr. H. Hansen

Korreferent: 2
.....

INHALT

	Seite
1. EINLEITUNG	1
1.1 Zielsetzung der Arbeit	1
1.2 Historischer Überblick der Entwicklung des Arbeitsschutzes	3
1.21 Allgemeiner Überblick - Spezieller Überblick Deutschland - Schweden - Niederlande	3
1.3 Internationale Arbeitsschutzorganisationen	8
1.4 Heutiger Stand des Werksarztwesens in einigen Ländern	9
1.5 Internationale Empfehlungen	11
2. DIE GEGENWÄRTIGE SITUATION IN DEUTSCHLAND, SCHWEDEN UND DEN NIEDERLANDEN	13
2.1 Deutschland	13
2.11 Gesetzlicher Arbeitsschutz	13
2.111 Gewerbeordnung	13
2.112 Unfallverhütungsvorschriften (UVV) der Berufsgenossenschaften	14
2.113 Arbeitsschutzaufsicht	15
2.12 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung	15
2.13 Regelungen für die Einrichtung werksärztlicher Dienste	17
2.131 Vereinbarungen und Richtlinien - Musterverträge für Werksärzte - Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen- Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werksärzten -	17
2.14 Verband Deutscher Werksärzte e.V. - Vereinbarungen - Richtlinien -	29
2.15 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste	30
2.151 Salzgitter-Hüttenwerk AG	30
2.152 Werksarztzentrum Köln-Ehrenfeld e.V.	37
2.2 Schweden	40
2.21 Gesetzlicher Arbeitsschutz	40
2.211 Arbeiterschutzgesetz	40
2.212 Paritätischer Arbeiterschutzausschuß	40
2.213 Arbeiterschutzaufsicht	41
2.22 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung	41
2.23 Regelungen für die Einrichtung werksärztlicher Dienste	43
2.231 Richtlinien des Svenska Arbetsgivarföreningen (SAF) = Schwedischer Arbeitgeberverband	43
2.232 Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen	53
2.233 Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werksärzten	54
2.234 Arbeitsmedizinisches Institut Stockholm	56

	Seite
2.24 Statens Arbetsklinik Stockholm	57
2.25 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste	57
2.251 Marabou-Schokoladenfabrik	57
2.252 Gemeinschaftlicher werkärztlicher Dienst Anderstorp	58
2.3 Niederlande	60
2.31 Gesetzlicher Arbeitsschutz	60
2.311 Sicherheitsgesetze	60
2.312 Arbeitsinspektion	62
2.32 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung	63
2.33 Regelung für die Einrichtung werksärztlicher Dienste	66
2.331 Werksarztgesetz	66
2.332 Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen	73
2.333 Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werksärzten	73
2.34 Niederländisches Institut für vorbeugende Medizin	77
2.35 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste	78
2.351 Philips-Werke Eindhoven	78
2.352 Stiftung: Gesundheitsdienst Dordrecht	90
3. DISKUSSION	92
ZUSAMMENFASSUNG	99
LITERATUR	100

1. EINLEITUNG

1.1 Zielsetzung der Arbeit

In den Ländern annähernd gleicher Industrialisierungsstufe gibt es seit 130 Jahren einen gesetzlichen Arbeitsschutz. Dieser begann mit der Begrenzung der Arbeitszeit für Jugendliche und wurde seit der Jahrhundertwende zunehmend auf weitere Arbeitsschutzbestimmungen ausgedehnt.

Werkärztliche Dienste als Teil des nicht an Gesetz gebundenen Arbeitsschutzes wurden erstmals vor rund 70 Jahren eingerichtet, jedoch setzte sich eine systematische Verbreitung erst nach dem Zweiten Weltkriege durch,

Zwar ist man sich der Tatsache bewußt, daß der Mensch an seinem Arbeitsplatz vor den vielfältigen gesundheitlichen Gefahren, welche die rasch vorschreitende Technik mit sich bringt, geschützt werden muß. Jedoch kann z.B. in Deutschland die vorhandene Anzahl Werkärzte maximal nur 19,8% der Arbeiter in den Betrieben ausreichend ärztlich versorgen, worin die gesundheitlich besonders gefährdeten Arbeiter, für die Überwachungsuntersuchungen gesetzlich vorgeschrieben sind, nicht berücksichtigt wurden.

Die vorliegende Arbeit soll zeigen, wie und in welchem Umfang in Deutschland, Schweden und den Niederlanden der gesetzliche Arbeitsschutz gehandhabt wird, und welche Rolle der werkärztliche Dienst bei der Erhaltung und Nutzbarmachung der menschlichen Arbeitskraft spielt. Die drei Länder wurden für die Untersuchungen gewählt, weil sie beträchtliche Unterschiede bezüglich der gesetzlichen Grundlagen zeigen, welche in unterschiedlichem Maße durch Empfehlungen und Richtlinien ergänzt werden. So enthalten die schwedischen und niederländischen Arbeitsschutzgesetze mehrere Bestimmungen, wie z.B. Bestimmungen über die Einrichtung des Arbeitsplatzes, ärztliche Untersuchungen Jugendlicher und ein Silikosegesetz, die in den Gesetzen der Bundesrepublik nicht zu finden sind. Arbeitsschutzaufsicht wiederum wird in der Bundesrepublik von drei Institutionen betrieben, was SYMANSKI als Dreigleisigkeit bezeichnet und in Schweden und den Niederlanden nicht existiert. Schweden hat ein völlig zentralisiertes Sozialversicherungssystem, dem das Deutschlands und der Niederlande mit einer Vielzahl von Versicherungsanstalten und Statuten gegenübersteht.

Als einziges der drei Länder haben die Niederlande ein Werkarztgesetz, das für Betriebe von bestimmter Größe die Einrichtung eines werkärztlichen Dienstes vorschreibt. In Deutschland und Schweden will man eine ausreichende betriebsärztliche Versorgung auf freiwilliger Grundlage erzielen; obwohl man sich in der Bundesrepublik auf Dauer wohl kaum den Empfehlungen der EWG-Kommission verschließen können, welche in allen Mitgliedsstaaten gesetzliche Regelungen des werkärztlichen Dienstes anstrebt.

In den Niederlanden bedarf der hauptberufliche Betriebsarzt einer besonderen Ausbildung und einer staatlichen Anerkennung. Beides wird in den anderen Ländern nicht verlangt.

Dementsprechend nimmt auch die arbeitsmedizinische Ausbildung in den Vergleichsländern einen verschieden großen Raum ein.

Schließlich soll an mehreren Beispielen die Arbeitsweise und der Umfang der Fürsorge von Betriebsgesundheitsdiensten gezeigt werden.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1.2 Historischer Überblick der Entwicklung des Arbeitsschutzes

1.21 Allgemeiner Überblick

Erkrankungen, die mit bestimmten Arbeiten zusammenhängen, beschrieben schon die alten Ägypter in den uns überlieferten Inschriften. Aus der Zeit um 5000 v. Chr. stammen z.B. Berichte über Steinhauer, die unter Staub und Hitze litten oder über Metallarbeiter, deren Hände eine Haut aufwiesen, die mit Krokodilleder verglichen wurde. Derartige Schilderungen kennen wir auch aus dem jüdischen, griechischen und römischen Kulturkreis. So beschrieb schon PLATO (427-347 v.Chr.) die durch die Arbeit deformierten Körper der Arbeiter. Und HIPPOKRATES (um 300 v.Chr.) mahnte den Arzt, bei der Untersuchung auch den Beruf des Patienten zu erfragen, weil er die Berufsarbeit als Krankheitsursache erkannte.

Mit der fortschreitenden Spezialisierung der arbeitenden Menschen auf einen bestimmten Beruf und mit der zunehmenden Technisierung wuchs auch das Interesse der zeitgenössischen Ärzte an den für bestimmte Tätigkeiten typischen Gesundheitsschädigungen.

THEOPHRASTUS von Hohenheim schrieb auf Grund persönlicher Beobachtungen in den Bergbaugebieten Tirols und Kärntens im Jahr 1534 ein Buch über Berufskrankheiten ("Von der Bergsucht oder Bergkrankheiten drey Bücher"), in dem er die Bergsucht (Silikotuberkulose) und die Gesundheitsschädigungen durch Scheidewasser, Blei, Quecksilber und Arsenik erörterte. Um 1780 verfaßte Christoph Gottlieb ACKERMANN in Zeulenroda (Voigtland) die Abhandlung "Von den Krankheiten solcher Personen, die in Fabriken arbeiten". Joh. Peter FRANK (1745-1821) erkannte die sozialen Schäden der zunehmenden Industrialisierung und gab in einer 1778 erschienenen "Medizinischen Polizey" Hinweise bezüglich der Frauenarbeit, des Mutterschutzes und der Kinderarbeit sowie der verschiedenen Berufsschädlichkeiten, des Betriebsschutzes und des Rettungswesens. (F. KOELSCH, 1963).

Die größten sozialen Mißstände herrschten während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den am weitesten industrialisierten Ländern wie England, Deutschland und Frankreich, wo selbst für Kinder unter 10 Jahren die Arbeitszeit oft bis zu 14 Stunden täglich betrug. Tausende von Kindern arbeiteten beispielsweise in den rheinischen Textil- und Metallbetrieben. Eine Aachener Nadelfabrik beschäftigte von 250 Arbeitskräften allein 225 Kinder im Alter von 4-12 Jahren (D. KREMER, 1957).

So betrafen denn auch die ersten gesetzlichen Arbeitsschutzmaßnahmen die Arbeitszeit. In England wurde zuerst (1833) die Arbeitszeit für Jugendliche und (1844) für Frauen auf 12 Stunden am Tag beschränkt. Eine allgemeine Arbeitszeitbeschränkung auf 14-15 Stunden legte nach LIPPMANN sogar schon ein Gesetz König HEINRICHS VIII (1509-1547) fest.

Die zu Beginn des 19. Jahrhunderts herrschende liberalistische Staats- und Wirtschaftsordnung der deutschen Länder erlaubte es nur schwer, daß der Staat durch gesetzgeberische Maßnahmen regelnd eingriff. Durch "allerhöchste Kabinettsorde" wurde schließlich am 9. 3. 1839 das preußische Regulativ über die Beschäftigung Jugendlicher in Fabriken verkündet. Anlaß dafür war jedoch die militärische Forderung nach körperlich leistungsfähigen und gesunden Rekruten (G. W. SCHULZ, J. SCHULZE, H. WEICHARDT 1962). Die ersten allgemeinen Arbeitsschutzbestimmungen für Fabrikarbeiter wurden in der Preußischen Gewerbeordnung vom 17. 1. 1845 verankert. Der Versuch, die "Ortspolizeiobrigkeit" mit der Aufsicht der Durchführung der Bestimmungen zu beauftragen, mißlang jedoch, und so wurde in der Königlich Preußischen Verordnung vom 16. 5. 1853 festgelegt, daß besondere Fabrikinspektoren für die Aufsicht einzusetzen wären, denen die Ortspolizeibehörden Amtshilfe zu leisten hätten.

Damals schon tauchte der Gedanke auf, daß der Arbeitsschutz zweckmäßig von Ingenieuren mit medizinischen Kenntnissen wahrgenommen werden sollte (D. KREMER, 1957).

Fabrikinspektoren wurden zum erstenmal 1854 in den Zentren der Industrialisierung bei den Regierungen in Aachen, Düsseldorf und Arnsberg angestellt. Als dann durch die Novelle zur Reichsgewerbeordnung vom 17. 7. 1878 die Fabrikinspektion in den deutschen Bundesländern obligatorisch wurde, stellte man hauptsächlich technisch vorgebildete Inspektoren ein, weil diese am besten die technischen Gefahren in den Betrieben aufdecken und die Wege zu deren Abhilfe zeigen konnten.

Aber die Aufgaben auf dem Gebiet der Arbeitshygiene und der Verhütung von Berufskrankheiten konnten nicht von Gewerbeaufsichtsbeamten ohne ärztliche Beratung gelöst werden. Die Gewerbeaufsichtsverwaltungen betrauten daher bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Amtsärzte der Medizinalverwaltungen, d.h., die Bezirks- und Kreisärzte mit diesen Aufgaben (F. KOELSCH, 1964). Im Jahre 1909 schließlich stellte Bayern, erstmals in Deutschland, einen "Landesgewerbearzt", und zwar F. KOELSCH, ein. Preußen dagegen fand sich erst 1921 dazu bereit, staatliche Gewerbeärzte einzustellen. Im Jahre 1937 bestanden endlich in allen deutschen Ländern gewerbeärztliche Dienststellen mit insgesamt 34 hauptamtlichen Gewerbeärzten.

Der Arbeitsschutz als Sozialversicherungsschutz hatte seinen Anfang in dem 1871 geschaffenen Reichshaftpflichtgesetz, das den Unternehmer verpflichtete für Schäden zu haften, die seine Arbeitnehmer durch seine Schuld davontrugen. Diese Unternehmerhaftpflicht wurde gleichzeitig mit dem im Jahre 1884 erlassenen Unfallversicherungsgesetz ersetzt, dessen wesentlicher Träger die zu einer Berufsgenossenschaft zusammengeschlossene Gemeinschaft der Unternehmer gleicher oder ähnlicher Gewerbebezüge wurde. Die Berufsgenossenschaften erhielten gleichzeitig die Aufgabe, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, und sie stellten auch die technischen Aufsichtsbeamten, die zur Durchführung der Vorschriften gebraucht wurden.

Das erste Krankenversicherungsgesetz trat in Deutschland im Jahre 1885 in Kraft und wurde 1911 in seiner heute geltenden Form in der Reichsversicherungsordnung geregelt. Eine allgemeine Alters- und Invalidenversicherung wurde im Jahre 1891 eingeführt.

Hauptsächlich in den gesundheitsgefährdenden Industrien wie den chemischen Werken und dem Bergbau fanden sich die ersten fabrikarztlichen Dienste, denen die Behandlung von Unfällen und typischen Berufskrankheiten oblag. Die Badische Anilin- und Sodafabrik in Ludwigshafen stellte 1878 als erster Betrieb einen Arzt, Dr. NEY, als Fabrikarzt ein.

Nach 1933 wuchs die Zahl der teils haupt- und teils nebenberuflich tätigen Werkärzte sprunghaft, nicht zuletzt durch die Propaganda der Deutschen Arbeitsfront. Nach dem Zweiten Weltkriege fanden innerhalb von 5-6 Jahren 340-400 Ärzte einen Arbeitsplatz in der Industrie; heute sind es rund 1700.

Als Organisation der Werkärzte wurde 1949 die Werksärztliche Arbeitsgemeinschaft gegründet mit dem Ziel, Richtlinien für die Vorbildung und Tätigkeit des Werkarztes aufzustellen und seine vertraglichen Beziehungen zu den Werksleitungen festzulegen. 1956 zählte die Arbeitsgemeinschaft, die später in "Verband Deutscher Werkärzte e.V." umbenannt wurde, 520 Werkärzte zu ihrem Mitgliederstamm.

Als Aufgabe des werksärztlichen Dienstes sieht man in Deutschland das Überwachen, Erhalten und Fördern der Gesundheit und des Wohlbefindens aller Betriebsangehörigen. Der Werkarzt soll fähig sein, Gefahren im täglichen Betriebsablauf rechtzeitig zu erkennen (R. HOSCHEK, W. FRITZ, 1964). Das läßt deutlich werden, daß die Prophylaxe den Kern werksärztlicher Tätigkeit darstellt. Selbstverständlich gehört in den Aufgabenbereich des Betriebsgesundheitsdienstes auch die Hilfeleistung bei Unfällen und die Einleitung der Behandlung bei akuten Erkrankungsfällen.

Von einer gesetzlichen Regelung, die den werksärztlichen Dienst für Betriebe bestimmter Größenordnung obligatorisch machen würde, hat man in Deutschland abgesehen aus Gründen, auf die in der abschließenden Betrachtung näher eingegangen wird. In der Form von Empfehlungen hat im Jahre 1964 der Ausschuß "Arbeitssicherheit" bei der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände Richtlinien herausgebracht, und schließlich war es das Bundesministerium für Arbeit, das im Juni 1966 die "Richtlinien zur werksärztlichen Betreuung der Arbeitnehmer und zur Errichtung werksärztlicher Dienste in den Betrieben und Unternehmen Westdeutschlands" erließ.

Der Begriff "Arbeitsmedizin" wurde spät eingeführt. Auf dem Internationalen Kongress für Unfallmedizin und Berufskrankheiten in Lyon wurde er offiziell von Fachleuten anerkannt. Jedoch konnte in Deutschland die Arbeitsmedizin als Zusatzbezeichnung und als selbständiges Fachgebiet keine volle Anerkennung finden.

Dem Bedürfnis nach einer angemessenen sozialen Sicherheit haben die schwedischen Gewerkschaften bereits in einem Programm des Jahres 1882 Ausdruck verliehen, indem sie versuchten, Pensions- und Hilfskassen einzurichten. Diese Forderungen wurden 1886 genauer definiert, und zwar verlangte man die obligatorische Versicherung gegen Unfall, Krankheit und Alter. Das erste Gesetz über die Versicherung gegen Arbeitsunfälle kam aber erst 1901 zustande, 30 Jahre später als in Deutschland. Durch Reichstagsbeschluß wurde 1916 schließlich die Betriebsunfallpflichtversicherung geschaffen, die bis 1954 Gültigkeit besaß und erst dann revidiert werden mußte. (K. PERSSON, 1953).

Sehr spät, im Jahre 1955, wurde eine bis dahin freiwillige Krankenversicherung durch eine alle Schweden erfassende Versicherung ersetzt. Allerdings bestand schon seit 1932 ein Erlaß, der eine staatliche Subventionierung der freiwilligen Krankenversicherung vorsah. (Schwedisches Institut für kulturellen Austausch).

Bereits 1913 trat ein Landes-Altersrentenplan in Kraft, der eine Alterspension in Höhe von 75 Kronen jährlich gewährte, welche jedoch heute 25-30% des Durchschnittseinkommens ausmacht und vom Jahre 1980 an einen Prozentsatz von 60-70 erreichen soll. (S. F. BENGTSON, 1963).

Mitte der 30iger Jahre trafen sich die beiden schwedischen Arbeitsmarktpartner, der 1902 gegründete Zentralverband Schwedischer Arbeitgeber (Svenska Arbetsgivareföreningen, SAF) und der 1898 gegründete Schwedische Gewerkschaftsbund (Landsorganisationen i Sverige, LO) zu Unterredungen, wie man die Probleme des Arbeitsmarktes auf friedlichem Wege lösen könne. 1938 kam dann der "Hauptvertrag" zustande, in dem sich die Partner auf eine bestimmte Verhandlungsordnung bei Konflikten einigten und gewisse Regeln für Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern festlegten. Ein Arbeitsmarktkomitee arbeitete nacheinander folgende Zusammenarbeitsverträge zwischen dem SAF und dem LO aus:

Vortrag über Arbeitsschutz 1942 (revidiert 1951)
Berufsausbildung 1944 (revidiert 1957)
Betriebsausschüsse 1946 (revidiert 1958)
Arbeitsstudien 1948

1950 hat das Arbeitsmarktkomitee die Stellung der Frau auf dem Arbeitsmarkt behandelt und 1954 dann die Grundsätze für eine Organisation der Betriebsgesundheitspflege ausgearbeitet. In diesem Zusammenhang bildeten der SAF und der LO vier Informationsorgane:

den paritätischen Arbeiterschutzausschuß
den paritätischen Berufsausschuß
den paritätischen Arbeitsstudienausschuß
den paritätischen Frauenausschuß

In dem Vertrag über den Arbeitsschutz aus dem Jahre 1942 sind allgemeine Regeln für den örtlichen Sicherheitsschutz ausgearbeitet worden, deren Verbreitung von dem obengenannten paritätischen Arbeiterschutzausschuß unternommen wird. Damit will man ein Optimum an Sicherheit und Gesundheit an den Arbeitsplätzen schaffen (SAF).

Der Arbeitgeberverband und der Gewerkschaftsbund sind der Meinung, daß eine organisierte freiwillige Zusammenarbeit zwischen einem Unternehmen und seinen Angestellten, unterstützt und gefördert durch die Spitzenorganisationen, das Interesse und das Verantwortungsgefühl für den Arbeitsschutz steigern. Freiwillig übernommene Verpflichtungen würden moralisch viel stärker empfunden als Gesetze (SAF und LO).

Der Akzent der Zusammenarbeit der beiden Arbeitsmarktpartner auf dem Gebiet des gesundheitlichen Arbeitsschutzes liegt ganz besonders auf der Vorbeugung und nicht auf der Exkulpierung der Arbeitgeber bei einmal eingetretenen Schadensfällen (H. SYMANSKI, 1966).

Rund 50 Jahre später als in Deutschland wurden in den Niederlanden die ersten Arbeitsschutzbestimmungen gesetzlich verankert. Die erste Gewerbeordnung aus dem Jahre 1874 enthielt nur ein Arbeitsverbot für Kinder unter 12 Jahren. Bestimmungen über die Arbeit von Jugendlichen und Frauen enthielt die Gewerbeordnung von 1889, in deren Erweiterung schon 1919 die Arbeitszeit für männliche Erwachsene auf acht Stunden am Tag und 45 Stunden in der Woche beschränkt wurde.

Überwacht wurde die Erfüllung der Gesetze von der 1890 ins Leben gerufenen Gewerbeinspektion, die sich hauptsächlich um die Einführung hygienisch-technischer Einrichtungen in der Industrie bemühte. Ähnlich wie in Deutschland zog man später, ab 1903, auch Ärzte für die Überwachung hinzu.

Ein Gesetz, das den Arbeitern finanziellen Schutz bei Arbeitsunfällen garantierte, trat in den Niederlanden 1921 in Kraft. Das Krankenversicherungsgesetz stammt aus dem Jahre 1929, jedoch unterliegen die Krankenkassen erst seit 1941 einer gewissen staatlichen Aufsicht. Eine Invalidenversicherung, die gleichzeitig die Alterspflichtversicherung mit einschloß, führten die Niederlande im Jahre 1913 ein.

Der erste hauptamtliche Werksarzt wurde 1928 (kurativ schon 1909) von den Philips Gloelampenfabriken eingestellt. Dieser Arzt sah schon den Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der vorbeugenden Gesundheitspflege. 1945 zählte man in den Niederlanden 8 Gesellschaften mit einem oder mehreren Werksärzten, obgleich es bis dahin das Fachgebiet "Arbeitsmedizin" praktisch genausowenig gab wie die Möglichkeit, sich als Betriebsarzt wissenschaftlich ausbilden zu lassen.

Erst mit der Einrichtung des Niederländischen Instituts für präventive Heilkunde in Leyden im Jahre 1951 wurde interessierten Ärzten in einer besonderen arbeitsmedizinischen Abteilung eine betriebsmedizinische Ausbildung ermöglicht.

Seit 1946 hat die Allgemeine Niederländische Vereinigung der Sozialmediziner eine gesetzliche Regelung der industriemedizinischen Versorgung gefordert. Unter diesem Einfluß wurden 1953 erstmals einige Industriezweige in Tarifverträgen verpflichtet, arbeitsmedizinische Abteilungen einzurichten. Schließlich nahm sich der Staat dieser Bestrebungen an und legte 1959 gesetzlich fest, daß Betriebe von 750 Beschäftigten ab einen Werksarzt einstellen müssen, und desgleichen Betriebe mit besonderen Gesundheitsgefahren, ohne Rücksicht auf die Zahl der Arbeitnehmer. Nach einer Vorbereitungszeit von drei Jahren trat dieses Gesetz 1962 in Kraft.

Im Jahre 1958 hatten 36 Betriebe in den Niederlanden eigene werksärztliche Dienste, während 230 Betriebe Gemeinschaftsdiensten angeschlossen waren. 1960 war die Zahl der hauptberuflich tätigen Werksärzte auf 150 angewachsen, die in einem Verein, der "Nederlandse Vereniging voor Arbeidsen Bedrijfsgeneeskunde" zusammengeschlossen waren.

Der Schwerpunkt der werksärztlichen Tätigkeit liegt laut Art. 8 des Sicherheitsgesetzes auch in den Niederlanden auf der präventiven Gesundheitsfürsorge.

1.2 Internationale Arbeitsschutzorganisationen

Von den internationalen Arbeitsschutzorganisationen möchte ich die wichtigsten nennen. Um 1900 wurde die Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeitsschutz mit der Geschäftsstelle "Internationales Arbeitsamt in Basel" errichtet. Auf der ersten Arbeitstagung im Jahre 1906 nahmen die 16 anwesenden Länder u.a. einstimmig das Verbot der Frauennacharbeit an. Spätere Konferenzen befaßten sich mit der Bleivergiftung und mit der Milzbrandbekämpfung in der Industrie. In Verbindung mit der Erörterung der gewerblichen Vergiftung wurde eine Giftliste zusammengestellt und auch die Anzeigepflicht für gewisse Berufskrankheiten vorbereitet.

Nach dem 1. Weltkrieg wurde innerhalb des Internationalen Arbeitsamtes des Völkerbundes in Genf eine Sektion Arbeitsmedizin gegründet.

Als Organisation wissenschaftlicher Art wurde 1906 in Mailand das ständige Internationale Komitee für Arbeitsmedizin gebildet, dessen Vorsitz zur Zeit Prof. Sven FORSSMAN ausübt. Die Hauptaufgabe des Komitees ist die Veranstaltung der jetzt alle drei Jahre stattfindenden Internationalen Kongresse für Arbeitsmedizin.

Bei der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft sowie bei der Montanunion werden arbeitsmedizinische Probleme behandelt und auch die Weltgesundheitsorganisation (Palais des Nations in Genf) führt eine Abteilung "Arbeitsmedizin" (F. KOELSCH, 1963).

1.4 Heutiger Stand des Werksarztwesens in einigen Ländern

Als einzige Länder Westeuropas haben Frankreich, die Niederlande und Spanien eine gesetzliche Grundlage für die Einrichtung werksärztlicher Dienste geschaffen. In Frankreich ist grundsätzlich jeder Betrieb ärztlich versorgt. Die Niederlande haben die betriebsärztlichen Dienste über die bisher durch Verordnung zur Einrichtung verpflichteten Unternehmen hinaus noch nicht ausgedehnt. Dieses Gesetz bedarf also noch der Ergänzung. In Spanien sind durch das Gesetz vom 21. 8. 1956 und seiner Neufassung vom 18. 6. 1959 alle Betriebe mit mehr als 1000 Arbeitnehmern verpflichtet, einen Werksarzt zu beschäftigen. Werke mit mehr als 100 Arbeitern müssen einen zwischenbetrieblichen arbeitsärztlichen Dienst einrichten. Belgien besitzt seit April 1965 einen "Königlichen Erlass über die Einrichtung werksärztlicher Dienste", der aber erst 1968 in Kraft treten wird.

Die übrigen Länder Westeuropas haben die Einrichtung werksärztlicher Dienste durch Vereinbarungen auf freiwilliger Basis geregelt oder bedürfen, wie Norwegen und Finnland, weder des Gesetzes noch der Vereinbarung. Allerdings hat seit dem 1. 7. 1957 in Norwegen die Arbeitsaufsichtsbehörde das Recht, in einzelnen Betrieben die Einstellung eines Werksarztes anzuordnen. (H. BUCKUP, 1963).

Die UdSSR führten bereits in den zwanziger Jahren, zum Teil unter ärztlicher Aufsicht stehende, Unfall- und Erste-Hilfe-Stellen in den Betrieben ein, aus denen 1929 sogenannte Gesundheitsstellen hervorgingen. Heute ist das Betriebsgesundheitswesen bis ins kleinste gesetzlich geregelt.

Ebenso sind betriebsärztliche Dienste in den ost- und südosteuropäischen Ländern gesetzlich vorgeschrieben. Rumänien hat seit 1949 ein Werksarztgesetz, das für Betriebe mit mehr als 200 Arbeitern Betriebsgesundheitsdienste vorschreibt und für kleinere Unternehmen den Gemeinschaftsdienst vorsieht. Später schlossen sich auch die Tschechoslowakei, Ungarn und Bulgarien an. Jugoslawien richtete in der Volksrepublik Serbien im Jahre 1956 mit Hilfe einer Sonderregelung betriebsärztliche Dienste ein.

Außerhalb Europas bestehen noch in Argentinien, Kuba und im Libanon Werksarztgesetze (H. BUCKUP, 1963).

Folgende Tabelle soll von einigen westeuropäischen Ländern einen Überblick über die Zahl der haupt- und nebenberuflich tätigen Werksärzte und deren Anteil an der Gesamtzahl der vorhandenen Ärzte geben. (Erweiterte Tabelle aus dem "Bericht über die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten im Rahmen der drei Gemeinschaften. Sitzungsdokumente des Europäischen Parlaments 1966).

STAAT	hauptamtl. Betriebsärzte	nebenamtl.	nicht spezifiziert	Gesamtzahl der Ärzte in 1000	prozentualer Anteil der hauptberufl. Werksärzte
Belgien	80	300		13,5	0,6%
Deutschl. (BRG)	583	1100	560	84,2	0,7%
Frankreich	1729	2566		54,8	3,2%
Italien			2000	87,3	
Niederlande	250-300			13,9	2,0%
Norwegen	35	550		4,6	0,76%
Schweden	100	60		7,9	1,3%
Finnland	20-30	500		3,5	0,7%

- TABELLE 1 -

Eine genaue Zahl der Werksärzte Italiens ist kaum anzugeben, da viele Ärzte neben ihrer Praxis die Aufgaben von Werksärzten erfüllen.

Die Nationale Anstalt für Unfallverhütung (ENPI) hat gesetzmäßig die Aufgabe, die Verhütung der Arbeitsunfälle und der Gewerbekrankheiten zu fördern und die Arbeitshygiene zu verbreiten und zu entwickeln. Von 45 Zweigstellen in den wichtigsten Städten des Landes aus betreut das Institut die Betriebe, die keinen werksärztlichen Dienst unterhalten, auf freiwilliger Basis. Die ENPI zählt 173 Ärzte mit voller Arbeitszeit und 400 mit beschränkter Arbeitszeit. Insgesamt wird man mit einer Zahl von 2000 so beschäftigten Ärzten rechnen können. (G. PANCHERI, 1957).

In Deutschland gibt es neben diesen beiden Gruppen von Werksärzten noch die oben aufgeführten 560 Ärzte, die sich nur ab und zu, aber nicht regelmäßig werksärztlich betätigen, und die wir deswegen nicht den nebenberuflichen Werksärzten zurechnen können.

Wenn wir die Leistungsgrenze eines einzelnen hauptamtlich tätigen Betriebsarztes bei 3000 und die eines nebenamtlichen bei 500 ansetzen, diese Höchstzahlen dann in Beziehung zur Gesamtzahl der Arbeitnehmer setzen, so ergibt sich der Prozentsatz der Arbeitnehmer, der von Betriebsärzten ordnungsgemäß versorgt werden kann. Außerdem soll die folgende Aufstellung zeigen, wieviele Arbeitnehmer versorgt werden könnten, wären alle Arbeitsmediziner als hauptamtliche Betriebsärzte tätig, vorausgesetzt wieder die zu versorgende Höchstzahl der Arbeitnehmer von 3000. (Aus "Sitzungsdokumente des Europäischen Parlaments 1966", wie Tabelle 1).

STAAT	Anteil der versorgten Arbeitnehmer durch <u>haupt- und nebenberufliche</u> Betriebsärzte	Anteil, wenn es nur <u>hauptamtliche</u> Betriebsärzte gäbe
Frankreich	50,78%	101,1%
Deutschland (BR)	19,82%	34,5%
Belgien	14,27%	41,7%
Holland	19,4%	
Italien	27,74%	53,0%
Finnland	24,3%	118,0%
Norwegen	34,41%	158,9%
Schweden	10,28%	14,8%

- TABELLE 2 -

Könnten die nebenberuflichen Betriebsärzte Frankreichs für eine hauptberufliche Tätigkeit gewonnen werden, so wäre erst dann die vom Gesetz geforderte Betreuung aller Arbeiter möglich.

1.5 Internationale Empfehlungen

Auf der 43. Tagung der Internationalen Arbeitsorganisation im Juni 1959 in Genf nahm die Konferenz eine Empfehlung an, die die Einrichtung arbeitsärztlicher Dienste in den Betrieben betraf. Die sogenannte Empfehlung Nr. 112 sollte den 80 der Organisation angeschlossenen Ländern als Anhaltspunkt dienen und gewährte ihnen bei der Gestaltung betriebsärztlicher Dienste einen erheblichen Spielraum.

Eine zweite, bedeutende Reihe von Empfehlungen legt wiederum die der IAO zugrunde. Die im Vertrag von Rom (1958) wirksam gewordene Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) hat im Rahmen der Einigungsbestrebungen

nicht nur eine Angleichung auf wirtschaftlichem und zolltechnischem Gebiet zum Ziel, sondern auch Probleme des industriellen Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie Fragen der Sozialeinrichtungen und Sozialbestimmungen sollen nach Möglichkeit zur Übereinstimmung gebracht werden (H. SYMANSKI, 1961). Um nun die Angleichung für die zukünftige Entwicklung auch auf diesen Gebieten innerhalb der EWG in die Wege zu leiten, arbeitete 1962 eine Kommission unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den sechs EWG-Ländern eine Liste von Empfehlungen aus, die sich mit der Einrichtung werksärztlicher Dienste in den Betrieben befassen.

Während die Richtlinien der IAO keine Angaben darüber machen, wieviele Arbeitnehmer von einem Werksarzt betreut werden sollten und wie die Ausbildung zu Werksärzten durchgeführt werden könnte, enthalten die EWG-Empfehlungen konkrete Zielsetzungen. Abschnitt 3 der IAO-Richtlinie lautet beispielsweise:

"Die arbeitsärztlichen Dienste sollen je nach den Umständen und den anzuwendenden Normen entweder von den beteiligten Betrieben selbst eingerichtet oder einer außerbetrieblichen Stelle angegliedert werden

- a) als betriebseigener Dienst im Rahmen einzelner Betriebe
- b) als gemeinsamer Dienst mehrerer Betriebe"

Und weiter zur schrittweisen Einführung arbeitsärztlicher Dienste in alle Betriebe empfiehlt die IAO zunächst die Einrichtung

- "a) für Betriebe, in denen die Gefahren am größten zu sein scheinen
- b) für Betriebe, in denen die Gesundheit der Arbeitnehmer besonderen Gefahren ausgesetzt ist
- c) für Betriebe, die mehr als eine festgesetzte Zahl von Arbeitnehmern beschäftigen"

Dagegen heißt es in den EWG-Empfehlungen Absatz 3b:

"Betriebsärztliche Dienste sind sofort einzurichten in Betrieben, in denen

- 1) die Belegschaftsstärke eine bestimmte Mindestzahl überschreitet, die von den zuständigen Behörden festzulegen ist.

Die Zahl 200 Arbeitnehmer je Betrieb sollte für den Anfang Richtzahl sein, sie sollte jedoch so bald wie möglich auf 50 herabgesetzt werden."

Empfehlung 3c lautet:

Die betriebsärztlichen Dienste sollten nach Möglichkeit unter der Leitung hauptberuflich tätiger Werksärzte stehen. Die Gesamtzahl der Arbeitnehmer,

für die ein Betriebsarzt verantwortlich ist, soll 2000 nicht überschreiten, soweit sich nicht eine kleinere Zahl auf Grund der Gefahren besonderer Art in dem betreffenden Betrieb als erforderlich erweist."

Betreffs Ausbildung und Weiterbildung von Werkstrzten empfiehlt die EWG-Kommission im Abschnitt 1:

- "a) Lehrstühle und Fachinstitute in ausreichender Zahl zu errichten oder deren Errichtung zu fördern
- b) für Unterricht auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin in der Weise zu sorgen, daß
 - 1) alle zukünftigen Ärzte im Rahmen des allgemeinen Medizinstudiums ein Mindestmaß an arbeitsmedizinischen Kenntnissen erwerben.
 - 2) Arbeitsmediziner eine ausreichend lange theoretische und praktische Spezialausbildung und anschließend ein Diplom oder ein Zeugnis erhalten."

2. DIE GEGENWÄRTIGE SITUATION IN DEUTSCHLAND, SCHWEDEN UND DEN NIEDERLANDEN

2.1 Deutschland

2.11 Gesetzlicher Arbeitsschutz

2.111 Gewerbeordnung

Grundlage für den Arbeitergesundheitsschutz in Deutschland ist der § 120a der Gewerbeordnung. Es handelt sich hier um eine "Rahmenverordnung", die allgemeine Richtlinien gibt, jedoch keine technischen Einzelheiten enthält. Präzisiert werden diese Richtlinien durch die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften mittels ins Einzelne gehender Anordnungen über Gesundheitsschutz und Unfallschutz, worauf ich aber noch zurückkommen werde.

Der § 120a der GO lautet:

"Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu erhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit so weit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen. Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen und Maschinenteilen oder andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebes liegende Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind."

Darüberhinaus ermächtigt der § 120d die zuständigen Polizeibehörden, für einzelne Anlagen die zur Sicherung der angeführten Schutzvorschriften nötigen Sondermaßnahmen, soweit sie erforderlich erscheinen, anzuordnen.

Durch den § 120e ist die Bundesregierung und die Landeszentralbehörde befugt, Sonderverordnungen zu erlassen, betreffend den Schutz vor gewerblichen Giften, vor Staubschädigung, vor Milzbrandinfektion, vor Hitzeschädigungen, vor Feuer- und Explosionsgefahr oder den besonderen Schutz der weiblichen und jugendlichen Arbeiter.

2.112 Unfallverhütungsvorschriften (UVV) der Berufsgenossenschaften

Die UVV sind das Ergebnis der Erfahrungen und Beobachtungen der technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften. Sie enthalten einen allgemeinen, für alle BG gültigen Teil, und einen mit speziellen Vorschriften der betreffenden BG. Die UVV müssen in jedem Betrieb jedem Betriebsangehörigen jederzeit zugänglich sein. Sie geben Auskunft über die Pflichten des Unternehmers und des Versicherten und beziehen sich hauptsächlich auf den Umgang mit gefährlichen Maschinen, Arbeitsstoffen, Kraftanlagen und Beförderungsmitteln. Der § 2 des allgemeinen Teiles lautet z.B.:

"Der Unternehmer hat, soweit es nach dem Stand der Technik möglich ist, alle Baulichkeiten, Arbeitsstätten, Betriebseinrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu erhalten, daß die Versicherten gegen Unfälle und Berufskrankheiten geschützt sind. Solange die genannten Betriebsmittel Mängel aufweisen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit der Versicherten bedeuten, sind sie der Benutzung zu entziehen."

Der Werkarzt muß die UVV zwar in groben Zügen kennen, die Überwachung der Einhaltung ist jedoch, ausgenommen bezüglich der Berufskrankheiten, Angelegenheit des Betriebes und damit des Sicherheitsingenieurs und der Unfallvertrauensmänner. Von den Unternehmern verlangt die UVV die "Bestellung geeigneter Personen als Sicherheitsbeauftragte" (Unfallvertrauensmänner), deren Zahl sich nach der Größe des Betriebes richtet.

Für den Werkarzt von besonderer Bedeutung sind die Abschnitte 17 und 18 der UVV. Diese lauten:

"§ 17. Versicherte, die an Ohnmachtsanfällen, Fallsucht, Krämpfen, Schwindel, Schwerhörigkeit, Kurzsichtigkeit, Bruchschäden oder anderen Schwächen und Gebrechen derart leiden, daß sie dadurch bei gewissen Arbeiten einer außergewöhnlichen Gefahr ausgesetzt sind oder Mitarbeiter gefährden können, dürfen mit solchen Arbeiten nicht beschäftigt werden; sie haben ihr Leiden, wenn es nicht augenfällig ist, im gegebenen Fall dem Vorgesetzten mitzuteilen."

"§ 18. Zu Beschäftigungen, die Berufskrankheiten hervorrufen können, dürfen nur geeignete Personen herangezogen werden. Der Unternehmer ist berechtigt und auf Anordnung der Berufsgenossenschaft dazu verpflichtet, die einzustellenden Personen durch einen geeigneten approbierten Arzt, den die BG bestimmen kann, untersuchen zu lassen. Ungeeignete Personen sind auszuschließen. Die Wiederholung der ärztlichen Untersuchung in regelmäßigen Zeiträumen kann verlangt werden."

2.113 Arbeitsschutzaufsicht

Die Aufsicht über die Ausführung der Bestimmungen haben von den Landesregierungen bestimmte Gewerbeaufsichtsbeamte. Den Gewerbeaufsichtsämtern beigeordnet sind die Staatlichen Gewerbeärzte; sie beraten die Gewerbeaufsichtsämter in allen arbeitsmedizinischen und gewerbehygienischen Fragen und überwachen die Durchführung der gesetzlichen Vorschriften für den Gesundheitsschutz in den Betrieben. Weiterhin gehört zu ihren Aufgaben die Beratung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Überwachung der Einrichtung für Erste Hilfe und für das Rettungswesen, die Durchführung von Reihenuntersuchungen der Arbeitnehmer, die Beratung der Betriebsärzte und Mitwirkung an deren Fortbildung, die Beratung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen in arbeitsmedizinischen Fragen, die Eistattung von Fachgutachten an Behörden, Gerichte und Träger der Unfallversicherung, insbesondere bei der Durchführung der Berufskrankheiten-Verordnung, ferner die wissenschaftlichen Untersuchungen über arbeitsmedizinische Probleme, und schließlich die statistischen Erhebungen.

Zur Zeit sind in der Bundesrepublik 60 staatliche Gewerbeärzte tätig. Sie sollten nach § 45 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 eng mit den staatlichen Gesundheitsämtern zusammenarbeiten.

2.12 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung

Die gesundheitliche Sicherung und Versicherung der Arbeitenden ist ein Teil des gesetzlichen Arbeitsschutzes und somit auch eine wichtige Grundlage für die Einrichtung und das Funktionieren betriebsärztlicher Dienste. Auch gehört es zu den Aufgaben des Werksarztes, die Betriebsangehörigen in sozialen Fragen zu beraten, zu denen die der Versicherungsordnung gehört.

Die Reichsversicherungsordnung (RVO) aus dem Jahre 1911 umfaßt die

- a) Krankenversicherung
- b) Unfallversicherung
- c) Rentenversicherung

Die Krankenversicherung ist für Arbeiter obligatorisch, für Angestellte liegt die Pflichtversicherungsgrenze zur Zeit bei 10800 DM. Für freiberuflich Arbeitende gibt es keinen Versicherungszwang. Die Krankenversicherung umfaßt:

- 1) Krankenpflege
- 2) Krankengeld
- 3) Wochenhilfe
- 4) Sterbegeld
- 5) Familienhilfe

Durch ein Krankenversicherungsneuregelungsgesetz sollen die Arbeiter den Angestellten in Bezug auf die Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen gleichgestellt werden. Der Versicherte wird für Beratung, Besuch des Arztes, für Medikamente sowie für Krankenhauspflege einen Kostenbeitrag leisten müssen. Andererseits soll er das Recht zu einer jährlichen kostenlosen Vorsorgeuntersuchung durch den Arzt seiner Wahl haben.

Die Aufgaben der Unfallversicherung sind folgende: Verhütung von Arbeitsunfällen, Entschädigung für den Verletzten, seine Angehörigen und Hinterbliebenen, die Finanzierung der Heilbehandlung und die Gewährung von Renten.

In der Unfallversicherung gegen Arbeitsunfall sind die auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses Beschäftigten versichert (§ 539). Der Anspruch des Arbeitnehmers auf Leistungen aus der Unfallversicherung richtet sich gegen die Berufsgenossenschaften. Die zur Deckung der Ausgaben der Berufsgenossenschaften erforderlichen Mittel sind allein von den Unternehmern aufzubringen. Die Beiträge werden umgelegt je nach dem Entgelt, das die Versicherten in den Unternehmen verdient haben, sowie nach dem Gefahrentarif.

Die Unternehmer haben - sind sie nicht kraft Gesetzes, wie in der Landwirtschaft und der Seefischerei, und kraft Satzungsbestimmung der Berufsgenossenschaft unfallversichert - die Möglichkeit, jederzeit freiwillig der Berufsgenossenschaft beizutreten.

Die Berufsgenossenschaften haben als zweite Aufgabe die der Verhütung von Unfällen übernommen. Die Leistungen umfassen auch alle Maßnahmen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation, Berufsfürsorge, Renten für Hinterbliebene und sonstige Zahlungen. Verletztenrente wird gewährt, wenn der Verletzte durch einen Unfall oder eine Berufserkrankung seine Erwerbsfähigkeit zum Teil oder ganz verloren hat. Bei letzterer erhält er Vollrente: jährlich zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes; sonst richtet sich die Höhe der Rente nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Bei Tod durch Arbeitsunfall wird ein Sterbegeld gezahlt; die Hinterbliebenen erhalten Renten.

Die Berufsgenossenschaften sind eine öffentlich-rechtliche Einrichtung. Sie arbeiten in eigener Verantwortung und verwalten sich selbst. Der Vorstand besteht je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten. Heute betreffen die 36 gewerblichen Berufsgenossenschaften 1,6 Mill. Mitgliedsunternehmen mit rund 18 Mill. Versicherten.

Die gesetzliche Arbeiterrentenversicherung dient der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, der Gewährung von Renten (Invalidität), Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, und allgemein gesundheitsfördernden Maßnahmen. Altersrente wird vom 65. Lebensjahr an gewährt, in Ausnahmefällen schon mit 60 Jahren.

Die Mittel werden durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber und durch einen Zuschuß des Bundes aufgebracht. Der Beitragssatz beträgt 14% vom Bruttoeinkommen. Davon zahlen der Versicherte und der Arbeitgeber je die Hälfte. Freiwillige Höherversicherung ist jederzeit möglich.

2.13 Regelungen für die Einrichtung werksärztlicher Dienste

2.131 Vereinbarungen und Richtlinien - Musterverträge für Werksärzte - Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen - Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werksärzten -

Die Vereinbarung zwischen den drei genannten Partnern ist unterteilt in 10 Paragraphen, die ich im einzelnen zitieren und durch die in Deutschland geltenden "Richtlinien zur werksärztlichen Betreuung der Arbeitnehmer und zur Einrichtung werksärztlicher Dienste in den Betrieben und Unternehmen" des Bundesministeriums für Arbeit vom 10. 6. 1966 ergänzen möchte. Die Richtlinien berücksichtigen die Empfehlungen des IAA, der EWG, des Ausschusses "Arbeitssicherheit" bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Fassung der Berufsordnung, die vom Deutschen Ärztetag 1965 beschlossen wurden.

§ 1 der Vereinbarung lautet:

"Der werksärztliche Dienst wird als ein wichtiges Mittel zur Verstärkung und Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der werktätigen Bevölkerung anerkannt."

§ 2:

"Die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände verpflichtet sich, ihren Mitgliedern die Anstellung von Werksärzten zu empfehlen, soweit Größe und Art des Betriebes dies erfordern."

Laut BMA beträgt diese Größe des Betriebes in der Regel 2000 bis 3000 Arbeitnehmer für einen hauptberuflichen Werksarzt, bis zu 4000 in besonderen Fällen. Wenn die Arbeitnehmer in mehreren, voneinander erheblich entfernt liegenden Betrieben tätig sind, kann die Zahl unter 2000 liegen. Ebenso, wenn die Art des Betriebes die Betreuung von 2000 und mehr Arbeitnehmern nicht zuläßt.

Weiter heißt es in den Richtlinien: Betriebe mit 2000 bis 3000 Arbeitnehmern und mehr sollten einen eigenen werksärztlichen Dienst einrichten, unterhalten und ihre Arbeitnehmer je nach Art und Größe dieser Betriebe von einer entsprechenden Anzahl hauptberuflich tätiger Werksärzte betreuen lassen.

Ist der Betrieb für einen zweiten hauptberuflichen Werksarzt zu klein, so kann zusätzlich ein nebenberuflicher Werksarzt eingestellt werden. Betriebe mit 500 bis 2000 Arbeitnehmern sollten gemeinsam mit anderen Betrieben einen betriebsärztlichen Dienst einrichten und die entsprechende Zahl hauptberuflicher Werksärzte beschäftigen. Betriebe mit weniger als 500 Arbeitnehmern sollen sich einem gemeinsamen Dienst oder dem eines anderen Betriebes anschließen. Die Betreuung von Betrieben bis zu 2000 Arbeitnehmern kann ausschließlich von nebenberuflichen Werksärzten durchgeführt werden, unter der Voraussetzung, daß sie in jeder Woche eine angemessene Zeit im Betrieb tätig sind.

§3: "Der werksärztliche Dienst wird von geeigneten approbierten Ärzten hauptberuflich oder nebenberuflich wahrgenommen. Falls der Arbeitsumfang bei einem oder mehreren Betrieben einen hauptberuflichen Werksarzt erfordert, soll der Werksarzt hauptberuflich angestellt werden."

§4 1)"Der werksärztliche Dienst hat die Aufgabe, die sich aus den besonderen Bedürfnissen des Betriebes ergebenden arbeitsmedizinischen und sozialärztlichen Verhältnisse im Betrieb zu regeln und fortlaufend zu überwachen, die Werksleitung und den Betriebsrat in allen einschlägigen Fragen zu beraten und die Belegschaft bei der Arbeit und für die Arbeit zu betreuen.

Hierzu gehört die ärztliche Hilfe für arbeitsfähige Werksangehörige innerhalb des Werkes, soweit sie in dringenden Fällen im gesundheitlichen Interesse des Werksangehörigen liegt und von diesem gewünscht wird. Unter ärztlicher Hilfe in dringenden Fällen ist in der Regel eine Erstbehandlung zu verstehen.

Wegen der Durchführung einer Nachbehandlung ist Einvernehmen mit dem Hausarzt herbeizuführen."

2)"Für die im Betrieb auftretenden Unfälle und Berufskrankheiten ist der Werksarzt in erster Hilfe und Versorgung einzuschalten."

Die Richtlinien des BMA sehen als gesundheitliche Betreuung der Arbeitnehmer die Einstellungs- und Nachuntersuchung, die Beratung in der werksärztlichen Sprechstunde sowie sonstige vorsorgende ärztliche Maßnahmen vor. Bei den Einstellungsuntersuchungen soll sich schon herausstellen, ob ein Arbeiter für eine bestimmte Arbeit gesundheitlich, körperlich und auch psychisch geeignet ist. Nachuntersuchungen sind wohl hier gleichzusetzen mit Überwachungsuntersuchungen und sollen besonders gefährdete Berufsgruppen erfassen, die einer spezifischen Gefährdung ausgesetzt sind. Personen, die regelmäßig z.B. Blei, Quecksilber, Trichloräthylen, Benzol, Staub, radioaktiven Strahlen, Lärm usw. ausgesetzt sind, müssen zum Teil auf Grund gesetzlicher Vorschrift regelmäßig überwacht werden, wobei in vielen Fällen bestimmte Untersuchungsmethoden angewendet werden müssen.

Die Beratung der Werksleitung und des Betriebsrates umfaßt die Fragen der Planung und Erstellung neuer Betriebsanlagen, Arbeitsstudien und der Entwicklung und Einführung neuer Arbeitsmethoden, Arbeitsmittel und Arbeitsstoffe. Weiterhin soll der Werksarzt in Fragen der Gemeinschaftsverpflegung, Erholungsverückung und Wohnraumplanung gehört werden. Die Mitwirkung in Angelegenheiten der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, der Raum- und Arbeitsplatzgestaltung, des Arbeitsrhythmus, der Pausen- und Schichtzeitregelung, der Bekämpfung von Lärm und der Verunreinigung der Luft am Arbeitsplatz, der Beleuchtung, der Belüftung, des Raumklimas, der Benutzung unfallsicherer und körpergerechter Maschinen und Arbeitsgeräte, geeigneter Schutzkleidung und anderer Schutzausrüstung (Augen- und Gehörschutz, Schutzhelm, Sicherheitsschuhe u.a.) sowie in sonstigen Angelegenheiten des gesundheitlichen Arbeitsschutzes, ist laut BMA-Richtlinie ein Teil des werksärztlichen Betätigungsgebietes. Zur Regelung arbeitsmedizinischer und sozialärztlicher Verhältnisse im Betrieb gehört auch die Mitwirkung des Werksarztes bei Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen, bei Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß nach Krankheit oder Unfall und beim Jugendarbeits-, Frauenarbeits- und Mutterschutz, sowie auch die Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer.

Ferner werden Betriebsbegehungen, auch zusammen mit der Betriebsleitung und dem Betriebsrat, mit Sicherheitsingenieuren, Sicherheitsbeauftragten, Vertretern der Gewerbeaufsicht und der Versicherungsträger gefordert. Selbst die Schulung der Helfer in "Erste Hilfe" und des Sanitätspersonals sieht die BMA-Richtlinie als Aufgabe des Werksarztes an. Daß der werksärztliche Dienst bei der Überwachung sanitärer Einrichtungen des Betriebes, insbesondere der Wasch-, Umkleide- und Aufenthaltsräume, der Sportanlagen, der Werksküche, der Werksfürsorge, Kindertagesstätten und Erholungsheime mitwirkt, braucht nicht besonders betont zu werden.

Ärztliche Hilfe für Werksangehörige in dringenden Fällen bedeutet Erstbehandlung bei Unfällen, akuten Erkrankungen und Berufskrankheiten. Zur weiteren Behandlung schreibt das UVNG im § 557 vor:

"An der Durchführung der Heilbehandlung sind die Ärzte zu beteiligen, die dazu fachlich befähigt, entsprechend ausgestattet und zur Übernahme der damit verbundenen Pflichten bereit sind."

Außer den im Verzeichnis der Verletzungsarten der RVA (§ 6) schweren Verletzungen, die eine stationäre Behandlung erfordern und in ein von der BG zugelassenes Unfallkrankenhaus eingewiesen werden müssen, behandelt der Durchgangsarzt alle Verletzungen, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. Durchgangsarzte sind von der BG anerkannte Fachärzte für Chirurgie oder Orthopädie, denen der Verletzte so schnell wie möglich nach dem Unfall vorzustellen ist. Dadurch soll die bestmögliche Heilbehandlung gewährleistet werden.

Eine Ausnahme bilden noch Augen- und Ohrenverletzungen, die auch von Fachärzten behandelt werden müssen. Abgesehen von den Berufskrankheiten, fallen alle Behandlungen von Erkrankungen in den Zuständigkeitsbereich des Hausarztes. Betreffend die Berufskrankheiten fordert die Berufskrankheiten-Verordnung in § 7 (1) von jedem Arzt, der bei einem Versicherten eine Berufs-krankheit oder Krankheitserscheinung feststellt, die sofortige Anzeige beim Gewerbearzt oder bei dem Versicherungsträger. Dies gilt selbstverständlich auch für den Werksarzt. Welche von den Berufskrankheiten meldepflichtig sind, ist in einer Liste der BKVO festgelegt.

- § 5 (1) "Einstellung und Entlassung des Werksarztes erfolgen durch die Werksleitung im Einvernehmen mit dem Betriebsrat. Der Landesgewerbearzt ist vorher zu hören.
- (2) Der Werksarzt untersteht dem Werksleiter oder dessen Vertreter in der Werksleitung unmittelbar; er ist jedoch in seiner Tätigkeit nur seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich. In Betrieben mit mehreren Werksärzten ist ein leitender Arzt zu bestimmen, dem die übrigen Werksärzte des Betriebes unterstehen.
- (3) Rechte und Pflichte des Werksarztes werden durch schriftlichen Vertrag zwischen der Werksleitung und dem Werksarzt geregelt. Der Vertrag hat Bestimmungen über Vergütung, Urlaub, Vertretung und Versicherung zu enthalten und muß die Unabhängigkeit des Werksarztes in seiner ärztlichen Tätigkeit sichern sowie seinen Kündigungsschutz festlegen."

Wer über Einstellung und Entlassung des Werksarztes verfügt, geht eindeutig aus dem ersten Absatz dieses Paragraphen hervor. Darin, daß er nur seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich ist, stimmen alle Empfehlungen und gesetzlichen Regelungen, die ich angeführt habe, überein und ist ja auch selbstverständlich.

Als wichtige Ergänzung zum dritten Punkt des Paragraphen sind die Musterverträge anzusehen, die von den drei Vertragspartnern entworfen worden sind und die in

ANLAGE 1 + 2

im vollen Wortlaut wiedergegeben werden.

ANLAGE 1

Muster - Vertrag für nebenberufliche Werksärzte

Zwischen dem(werk) in und Herrn Dr. med. wird folgender Vertrag gemäß der Vereinbarung zwischen der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft über den werksärztlichen Dienst geschlossen.

§ 1

Herr Dr. med. wird mit Wirkung vom als nebenberuflicher Werksarzt angestellt.

§ 2

Herr Dr. med. hat die Aufgabe, die sich aus den besonderen Bedürfnissen des Betriebes ergebenden arbeitsmedizinischen und sozialärztlichen Verhältnisse im Betrieb zu regeln und fortlaufend zu überwachen, die Werksleitung und den Betriebsrat in allen einschlägigen Fragen zu beraten und die Belegschaft bei der Arbeit und für die Arbeit zu betreuen.

Hierzu gehört die ärztliche Hilfe für arbeitsfähige Werksangehörige innerhalb des Werkes, soweit sie in dringenden Fällen im gesundheitlichen Interesse des Werksangehörigen liegt und von diesem gewünscht wird.

Unter ärztlicher Hilfe in dringenden Fällen ist in erster Linie eine Erstbehandlung zu verstehen. Wegen der Durchführung einer Nachbehandlung ist Einvernehmen mit dem Hausarzt herbeizuführen. Die Inanspruchnahme dieser ärztlichen Hilfe ist freiwillig.

Die im Betrieb auftretenden Unfälle und Berufskrankheiten sind in Erster Hilfe durch Herrn Dr. med. zu versorgen.

§ 3

Herr Dr. med. ist zur unbedingten Verschwiegenheit über alle im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit ihm bekanntwerdenden Angelegenheiten des Werkes verpflichtet. Ezwaige Veröffentlichungen aus seiner werksärztlichen Tätigkeit bedürfen der vorherigen Zustimmung des Werkes.

§ 4

Herr Dr. med. verpflichtet sich, regelmäßig an folgenden Tagen in der Zeit von bis Uhr im Werk tätig zu sein. Er erhält dafür eine monatliche Vergütung von DM. Die Vergütung wird am Monatschluß gezahlt. Die Ausübung von Privat- oder Kassenpraxis im Rahmen und während der werksärztlichen Tätigkeit ist nicht gestattet.

§ 5

Bei Urlaub und Erkrankung trägt Herr Dr. med. die Kosten der Vertretung selbst.

§ 6

Das Werk schließt die ärztliche Haftpflichtversicherung ab und trägt ihre Kosten.

§ 7

Das Vertragsverhältnis kann mit einer sechswöchigen Frist zum Vierteljahres-schluß gekündigt werden.

§ 8

Alle Vereinbarungen über Abänderung oder Ergänzung dieses Vertrages bedürfen der schriftlichen Bestätigung.

ANLAGE 2

Muster - Vertrag für hauptberufliche Werksärzte

Zwischen dem (Werk) in und Herrn Dr. med.
wird folgender Vertrag gemäß der Vereinbarung zwischen der Bundesvereinigung
der deutschen Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der
Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft über den werksärztlichen Dienst geschlossen.

§ 1

Herr Dr. med. wird mit Wirkung vom als hauptberuflicher
Werksarzt angestellt.

§ 2

Herr Dr. med. hat die Aufgabe, die sich aus den besonderen Bedürf-
nissen des Betriebes ergebenden arbeitsmedizinischen und sozialärztlichen Ver-
hältnisse im Betrieb zu regeln und fortlaufend zu überwachen, die Werksleitung
und den Betriebsrat in allen einschlägigen Fragen zu beraten und die Belegschaft
bei der Arbeit und für die Arbeit zu betreuen.

Hierzu gehört die ärztliche Hilfe für arbeitsfähige Werksangehörige innerhalb
des Werkes, soweit sie in dringenden Fällen im gesundheitlichen Interesse des
Werksangehörigen liegt und von diesem gewünscht wird.

Unter ärztlicher Hilfe in dringenden Fällen ist in erster Linie eine Erstbehand-
lung zu verstehen. Wegen der Durchführung einer Nachbehandlung ist Einver-
nehmen mit dem Hausarzt herbeizuführen. Die Inanspruchnahme dieser ärztlichen
Hilfe ist freiwillig.

Die im Betrieb auftretenden Unfälle und Berufskrankheiten sind in Erster Hilfe
durch Herrn Dr. med. zu versorgen.

§ 3

Herr Dr. med. ist zur unbedingten Verschwiegenheit über alle im
Zusammenhang mit seiner Tätigkeit ihm bekanntwerdenden Angelegenheiten
des Werkes verpflichtet. Etwaige Veröffentlichungen aus seiner werksärzt-
lichen Tätigkeit bedürfen der vorherigen Zustimmung des Werkes.

§ 4

Herr Dr. med. hat Anspruch auf ein Gehalt von monatlich DM
Die Vergütung wird am Monatsschluß gezahlt.

§ 5

Herr Dr. med. hat Anspruch auf einen Urlaub von Wochen jährlich. Die Kosten der Vertretung trägt das Werk.

§ 6

Das Werk schließt die ärztliche Haftpflichtversicherung ab und trägt ihre Kosten.

(Falls eine Pensionskasse vorhanden ist: Herr Dr. med. gehört der Pensionskasse des Werkes nach deren Satzung an.)

§ 7

Die Ausübung von Privatpraxis durch Herrn Dr. med. bedarf der besonderen, jederzeit widerruflichen Zustimmung des Werkes. Die Ausübung dieser Privatpraxis im Rahmen und während der werksärztlichen Tätigkeit ist nicht gestattet.

§ 8

Die ersten sechs (zwölf) Monate gelten als Probezeit. Während der Probezeit kann die Kündigung mit sechswöchiger Frist zum Vierteljahresschluß erfolgen. Nach Ablauf der Probezeit kann das Dienstverhältnis nur mit dreimonatiger Frist zum Jahresschluß gekündigt werden.

§ 9

Für alle aus dem Dienstverhältnis des Herrn Dr. med. sich ergebenden übrigen Fragen gelten die Bestimmungen der Betriebsordnung des Werkes.

§ 10

Alle Vereinbarungen über Abänderung oder Ergänzung dieses Vertrages bedürfen der schriftlichen Bestätigung.

Es werden nochmals die Aufgaben des Werksarztes grob umrissen, sein Anspruch auf Gehalt und Urlaub fixiert. Bemerkenswert ist, daß er Arbeiten über Erkenntnisse, die er durch seine werksärztliche Tätigkeit erworben hat, nur mit der Genehmigung des Werkes veröffentlichen darf. Im Gegensatz zu einigen anderen Staaten darf der Werksarzt in der BRD keine Privatpraxis nebenher führen, wenn er nicht die besondere Zustimmung des Werkes hat. Innerhalb des Werkes und mit werkseigenen Mitteln Familienangehörige und andere außenstehende Personen zu behandeln, ist ihm strikt untersagt. Ansonsten hat er sich wie alle anderen Betriebsangehörigen der Betriebsordnung zu unterstellen. Dadurch, daß der nebenberufliche Werksarzt in keinem festen Angestelltenverhältnis zum Betrieb steht, unterscheidet sich auch sein Vertrag von dem des hauptberuflichen Werksarztes. Zu nennen ist hier die Tatsache, daß er die Kosten für Vertretung im Urlaub und bei Erkrankungen selbst tragen muß. Der hauptberufliche Werksarzt hat die Kündigungsfrist von drei Monaten, der nebenberufliche die von nur sechs Wochen einzuhalten.

§ 6 "Der Werksarzt ist niedergelassener Arzt. Mit Zustimmung des Betriebes kann privatärztliche Praxis ausgeübt werden."

§ 7 "Werksarzt kann nur werden, wer in Deutschland approbierter Arzt ist, nach dem bestandenen medizinischen Staatsexamen mindestens drei Jahre ärztl. davon mindestens zwei Jahre klinische Tätigkeit ausgeübt hat und seine Eignung zum Werksarzt sowie eine ausreichende arbeitsmedizinische Kenntnis und Ausbildung für die Tätigkeit eines Werksarztes nachweist."

Die arbeitsmedizinische Kenntnis und Ausbildung soll der Werksarzt bei Übernahme der werksärztlichen Tätigkeit, "andernfalls aber nach Ablauf einer angemessenen Zeit" (BMA-Richtlinie) nachweisen können. Er sollte dann auch die Bedingungen, die zur Führung der Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" erforderlich sind, erfüllen. Verlangt wird ein dreimonatiger theoretischer Kurs über Arbeitsmedizin an einer der beiden Akademien für Arbeitsmedizin in Berlin und München (eine dritte Akademie ist in Bochum geplant), zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin und neun Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Ärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werksarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder einer anderen von der Ärztekammer ermächtigten Einrichtung. Die Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" ist in allen Ländern der BRD in die ärztliche Berufsordnung aufgenommen worden, wird aber nicht allein von Werksärzten geführt.

§ 8 (1)

"Die Kosten des werksärztlichen Dienstes trägt der Betrieb. Wird der Dienst für mehrere Betriebe errichtet, so tragen die beteiligten Betriebe die Kosten anteilig."

(2) Dem Werksarzt sind die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Hilfspersonen, Räume und Einrichtungen vom Betrieb zur Verfügung zu stellen."

Da keine näheren Angaben über erforderliche Hilfspersonen, Räume und Einrichtungen in den Vereinbarungen, Richtlinien und Empfehlungen enthalten sind, möchte ich einige Vorschläge zu diesen Punkten dem "Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und der werksärztlichen Praxis" von R. HOSCHEK und W. FRITZ entnehmen. Hiernach steht im Mittelpunkt der werksärztlichen Abteilung die Unfallstation mit einem großen Behandlungsraum für Erste Hilfe bei Verletzungen und akuten Notfällen. Neben der üblichen Einrichtung, auf die ich hier nicht eingehen kann, soll eine direkte Telefonverbindung für den Unfallnotruf bereitstehen, die auch gleichzeitig das Arztzimmer und das Krankenwagenpersonal benachrichtigt. Damit der Arzt die Ambulanz jederzeit im Auge hat, soll sein Sprechzimmer direkt neben dem Behandlungszimmer liegen. Eine staatlich geprüfte Schwester übernimmt in einem Vorzimmer die Notfallversorgung und ist gleichzeitig als Sprechstundenhilfe tätig. Wenn erforderlich, soll zusätzlich eine Sekretärin beschäftigt werden. Weiterhin wird als Teil einer werksärztlichen Station ein diagnostisches Laboratorium genannt, ein Röntgenraum, eine Dunkelkammer, ein Ruheraum und ein Aufenthaltsraum. Eine Bäder- und Massageabteilung kann eingerichtet werden, wozu jedoch das Einvernehmen der ortsansässigen praktizierenden Ärzte erforderlich ist; denn Heilbehandlungen werden im Normalfall, wie schon erwähnt, nicht vom Werksarzt durchgeführt. Umkleideräume, Wartezimmer, Aborte, Abstellraum, Wasch- und Duschräume sollten bei der Einrichtung einer werksärztlichen Station nicht vergessen werden.

§ 9 "Die werksärztliche Arbeitsgemeinschaft verpflichtet sich, für die Heranbildung und Fortbildung von Werksärzten gemäß ihren Satzungen besorgt zu sein."

Zur Heranbildung und Fortbildung von Werksärzten sind die oben genannten Akademien eingerichtet worden. Die Ärztekammer ist der Meinung, daß diese drei Institute in Zukunft zur Ausbildung der dem Bedarf entsprechenden Zahl an Werksärzten ausreichen werden.

Der Stoff, der z.B. an der Berliner Akademie während des dreimonatigen Kurses geboten wird, teilt sich in drei Abschnitte von je vier Wochen Dauer.

Stoffplan I umfaßt:

GRUNDLAGEN DER ARBEITSMEDIZIN

- | | |
|--------------------------------------|--|
| a) Geschichte der Arbeitsmedizin | h) Arbeitsorganisation |
| b) Aufgabenbereich und Ziele | i) Arbeitsplatzstudien |
| c) Öffentliches Gesundheitswesen | k) Berufsverbände und Gewerkschaftswesen |
| d) Arbeitsmedizinische Institutionen | l) Stellung des Werksarztes einschließlich Aufgaben des werksärztlichen Dienstes |
| e) Industriestruktur | m) Verhältnis des Werksarztes bzw. Betriebsarztes zu den Sozialpartnern |
| f) Berufskunde | |
| g) Arbeitsablauf | |

ARBEITSPHYSIOLOGIE

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| a) Angewandte Ergometrie | f) Praktische Arbeitsphysiologie |
| b) Arbeitsdefinition | g) Leistung und Anpassung |
| c) Arbeitsbelastung | h) Klima und Leistung |
| d) Energetik | i) Arbeitsformen |
| e) Die Muskelfunktionen | k) Erholung und Freizeit |

ARBEITSHYGIENE

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Definition und Arbeitshygiene-normen | e) Überwachungsmaßnahmen |
| b) Umweltshygiene | f) Schutzausstattungen |
| c) Spezielle Arbeitsplatzshygiene | g) Ernährungsfragen |
| d) Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen | |

ARBEITSUNFÄLLE

- | | |
|---|--|
| a) Arbeitsunfallverhütung | d) Katastrophenschutz |
| b) Erste-Hilfe-Maßnahmen | e) Medizinische Hilfspersonen im Betrieb |
| c) Betriebsärztlicher Dienst bzw. Sanitätseinrichtungen | |

Stoffplan II

PATHOLOGIE DER ARBEIT UND TOXIKOLOGIE VON ARBEITSSTOFFEN

- | | |
|---|-----------------------------------|
| a) Berufsbedingte Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten | b) Berufskrankheiten-Verordnungen |
| | c) Aufgaben der Gewerbeärzte |

KLINIK DER BERUFSKRANKHEITEN

- | | |
|---|--|
| a) Gesundheitsgefährdung durch chemische Einwirkungen | b) physikalisch-chemische Einwirkungen |
| c) Sonderprobleme bei der Kunststoffherstellung | |

PROPHYLAXE DER BERUFLICH BEDINGTEN GESUNDHEITSSCHÄDEN

- | | |
|---|--|
| a) Technische Überwachung der Arbeitsplätze | b) Überwachungsuntersuchungen der Arbeitnehmer |
|---|--|

Stoffplan III

ARBEITSSOZIOLOGIE

- a) Begriffliche Abgrenzung und Problematik
- b) Betriebssoziologie

ARBEITSPSYCHOLOGIE

- a) Arbeitseignung und psychologische Diagnostik
- b) Zwischenmenschliche Beziehungen psychomatische Störungen
- c) Gruppenverhalten und Anpassungsphänomen
- d) Psychologische Sonderprobleme der Frau und des Jugendlichen
- e) Farbenpsychologie

ARBEITSPÄDAGOGIK

PRÄVENTIVMEDIZIN

- a) Gesundheitserziehung
- b) Anstellungs- und Überwachungs-Untersuchungen
- c) Impfungen
- d) Impfgesetzgebung und Bundesseuchengesetz

REHABILITATION

SOZIAL- UND VERSICHERUNGSMEDIZIN

GESETZGEBUNG UND VORSCHRIFTEN

Außerdem finden sechswöchige Kurse und Sonderkurse, wie z.B. 1964, statt:

Strahlenschutzkurs für Ärzte,
Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen für den Lungenfacharzt,
Problematik der Lärmbelastung,
Praktikum zur Einführung in die Arbeitsmedizin mit Übungen.

An der Münchener Akademie für Arbeitsmedizin können Einzelkurse absolviert werden, die auch zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" führen. Hier wie auch in Berlin ist der Besuch der Akademie unentgeltlich.

Die arbeitsmedizinische Ausbildung der Medizinstudenten beschränkt sich in der BRD auf eine Vorlesung über Arbeitsmedizin. Das Prüfungsfach "Arbeitsmedizin" gibt es nicht. Jedoch fordert die Bestallungsordnung, daß die Arbeitsmedizin im Rahmen der Hygiene geprüft wird. Die Prüfer haben "bei jeder sich bietenden Gelegenheit festzustellen, ob der Kandidat über die Grundsätze unterrichtet ist,

nach denen die versicherungsmedizinische Beurteilung von körperlichen und geistigen Zuständen (Arbeits-, Erwerbs- und Berufsfähigkeit, Invalidität, Hilflosigkeit, Unfallfolgen usw.) zu erfolgen hat" (§ 44 Abs. 2 der Bestallungsordnung).

§ 10 "Zur Durchführung dieser Vereinbarung wird ein Arbeitsausschuß aus der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft gebildet."

§ 11 "Diese Vereinbarung tritt an die Stelle der Vereinbarung vom 3. Juni 1950. Köln, Düsseldorf, Leverkusen, den 1. März 1953."

- unterzeichnet von den drei Vertragspartnern -

Die ärztliche Schweigepflicht gilt für den Werksarzt genauso wie für jeden anderen Arzt. Die Mitteilung ärztlicher Untersuchungsbefunde an Arbeitgeber ist unzulässig. Der Werksarzt gibt lediglich darüber Auskunft, ob ein Arbeitnehmer für eine bestimmte Arbeit gesundheitlich geeignet ist oder nicht. Auf keinen Fall dürfen Befunde von Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen in die Personalakten aufgenommen werden.

2.14 Verband deutscher Werksärzte e.V. - Vereinbarungen - - Richtlinien -

Als Organisation der Werksärzte wurde 1949 die Werksärztliche Arbeitsgemeinschaft gegründet, die jetzt umbenannt ist in "Verband deutscher Werksärzte e.V.". Ihm können haupt- und nebenberufliche Werksärzte angehören, sie sind jedoch nicht dazu verpflichtet. Der Verband vertritt, wie es in den Satzungen heißt, die Wahrung der Gesundheitsschutzinteressen der werktätigen Bevölkerung in Zusammenarbeit mit öffentlichen Dienststellen, Sozialversicherungsträgern und den Organisationen der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der Ärzteschaft. Er wahrt die Interessen der Werksärzte und pflegt den Meinungs- und Erfahrungsaustausch und den Kontakt mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Der Verband gewährt dem Werksarzt bei Streitigkeiten grundsätzlicher Art Rechtsberatung und ist ihm bei der Festigung seines Standortes eine große Hilfe.

Die Einstellung, die Aufgaben, Rechte und Pflichten eines Werksarztes sind geregelt durch eine Vereinbarung, welche am 1. 3. 1953 zwischen der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft abgeschlossen wurde und nur für Mitglieder dieser Vereinigung bindend ist. Gleichzeitig wurden von den drei Partnern die "Richtlinien über die werksärztliche Tätigkeit" zusammengestellt, ferner beschlossen sie "Leitsätze für die Zusammenarbeit der BG mit den Werksärzten", und schließlich wurden 1957 Leitsätze für die "Zusammenarbeit der Betriebskrankenkassen mit den Werksärzten" ausgearbeitet.

2.15 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste

2.151 Salzgitter Hüttenwerk AG

Die vom betriebsärztlichen Dienst der Salzgitter Hüttenwerke AG betreute Belegschaft zählte am 31. 7. 1966 12382 Mitglieder, von denen 9722 männliche und 127 weibliche Lohnempfänger und 2660 männliche und 127 weibliche Angestellte waren.

Mit Aufgaben des Arbeitsschutzes sind insgesamt 80 Personen betraut. Die personelle Besetzung des Gesundheitsdienstes sieht folgendermaßen aus:

- 3 hauptamtliche Werksärzte
- 1 leitender Werksarzt mit zum Teil administrativen Aufgaben
- 1 medizinisch-technische Assistentin für Labortätigkeit und Bedienung des Röntgengerätes und des EKG-Gerätes
- 1 Oberpfleger, dem die unmittelbare Aufsicht über die Sanitätsstellen obliegt
- 1 Gesundheitsaufseher
- 1 Masseur
- 1 Krankengymnastin

Damit fallen auf einen Werksarzt rund 3000 Arbeitnehmer, was der in den Richtlinien des BMA geforderten Zahl entspricht. Bemerkenswert ist, daß das Werk einen Masseur und eine Krankengymnastin beschäftigt. Das bedeutet, daß hier freiwillig ein Teil der Heilbehandlung auf eigene Kosten durchgeführt wird. Dagegen fehlt die für die Notfallversorgung empfohlene staatlich geprüfte Krankenschwester sowie eine Schreibkraft.

In 10 Sanitätsstellen sind 34 hauptamtliche Sanitäter eingesetzt, die in drei Schichten arbeiten. Sechs Sanitätsstellen sind ständig besetzt. Die für die einzelnen Stationen verantwortlichen Sanitäter sind geprüfte Krankenpfleger.

Der Gesundheitsdienst in dem untersuchten Betrieb ist in einem zweistöckigen Gebäude untergebracht, das außerdem noch die Hauptsanitätsstelle und einen psychologischen Dienst beherbergt. Hier hat auch der ständig einsatzbereite Unfallwagen seinen Standort.

Die Aufgaben des werksärztlichen Dienstes in dem beschriebenen Werk lassen sich unterteilen in:

- A) Ärztliche Prophylaxe
- B) Gesundheitsüberwachung
- C) Erste-Hilfemaßnahmen
- D) Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß
- E) Physikalische Therapie und orthopädisches Turnen
- F) Ausbildung und Fortbildung von Sanitätern und Nothelfern
- G) Regelmäßige Betriebsbegehungen

A) Die ärztliche Prophylaxe beinhaltet

a) den Lärmschutz:

Bei den vorgenommenen Arbeitsplatzsicherheitsanalysen wurde festgestellt, daß 600 Beschäftigte einer Lautstärke von über 90 Phon ausgesetzt sind. Arbeiter, die einem Dauerlärm von über 90 Phon Lautstärke ausgesetzt sind, werden regelmäßig audiometrisch untersucht. Die Versorgung von Lärm-exponierten mit Gehörschutzmitteln wird vom technischen Arbeitsschutz durchgeführt.

b) den Staubschutz

Vom werkärztlichen Gesundheitsdienst wurden Staubuntersuchungen durch das Staubforschungsinstitut veranlaßt im Hinblick auf die Pneumokonio-sengefährdung des Hüttenarbeiters durch Staub. Hierbei ergab sich eine rela-tive Silikosegefährdung bei 60-70 Gußputzern und Kesselputzern und 60-70 Feuerfesten-Maurern, die regelmäßig fachärztlich untersucht werden.

c) die Hitzebekämpfung

Sie wird als eines der wesentlichen Probleme des Gesundheitsschutzes angesehen und in Zusammenarbeit mit dem technischen Arbeitsschutz und dem psychologischen Dienst in großem Stil durchgeführt.

d) den Strahlenschutz

An einigen Arbeitsplätzen wird radioaktives Material verwendet. Zum Beispiel werden Isotope zur Dickenmessung von Stahlblechen gebraucht. Die durch Strahlen gefährdeten Beschäftigten werden einer gesetzlich vorgeschrie-benen jährlichen fachärztlichen Untersuchung unterzogen.

e) den Hautschutz

Zur Verhütung von Dermatosen durch toxische Lösungsmittel werden an den entsprechenden Arbeitsplätzen Hautschutz- und Hautreinigungsmittel ausgegeben. Eine systematische Zusammenstellung der hautgefährdenden Ar-beitsplätze und der an diesen Plätzen anzuwendenden Hautschutzmittel in einem Hautschutzkatalog ist vom werkärztlichen Dienst in Angriff genom-men worden.

f) den Schutz vor Gasvergiftungen und die Erste Hilfe

Kohlenmonoxyd-gefährdet sind Arbeiter in der Kokerei, in der Gießerei und am Hochofen. Hier sind Warcheinrichtungen gebaut worden, die in Tätigkeit treten, wenn die maximale Arbeitsplatz-Konzentration (MAK) des Kohlenmonoxyds überschritten wird. Bei CO-Vergiftungen sowie bei Schwefeldioxyd- und Ammoniakausbrüchen, mit denen im Stickstoffwerk gerechnet werden muß, leistet der werksärztliche Dienst Erste Hilfe. Bei NH_3 -Ausbrüchen wird außerdem der Katastrophenalarm ausgelöst, der die Räumung der umliegenden Ortschaften zur Folge hat.

Die Überwachung von Reparaturen und Wartungsarbeiten an Gasbehältern und -leitungen übernimmt der Werksfeuerschutz, der auch auf die einwandfreie Beschaffenheit der Atemschutzgeräte in den sogenannten "Maskendepots" achtet. Die werksärztliche Betreuung erstreckt sich auf die Untersuchung der betreffenden Arbeiter auf ihre Maskentauglichkeit.

g) den Schutz vor Augenverletzungen

Der Anteil der Augenverletzungen an der Gesamtunfallziffer betrifft im Salzgitterwerk durchschnittlich 35%. Die Betriebe, die den größten Anteil an Augenverletzungen aufzeigen - wie Hochofen, Stahlwerk und Kokerei - erhielten Schutzbrillen. Die Abteilung "Arbeitssicherheit" hat in Zusammenarbeit mit einem werkseigenen Optiker eine Brille mit optisch reinen und gehärteten Gläsern entwickelt. Vorgesehen ist eine Ausstattung aller Belegschaftsmitglieder mit dieser Schutzbrille.

h) den Verbrennungen und Verätzungen

Die Verhütung von Verbrennungen durch Stahlspritzer in der Gießerei, im Stahlwerk oder im Walzwerk, sowie durch Schwefelsäure hervorgerufene Verätzungen im Kaltwalzwerk, ist die Aufgabe der Abteilung Arbeitssicherheit und geschieht durch das Tragen entsprechender Arbeitsschutzkleidung und Aufstellen von Duschen und Augenspülflaschen mit Neutralisationslösung.

B) Zum Aufgabenkreis "Gesundheitsüberwachung" gehören:

- Einstellungs- und Wiedereinstellungsuntersuchungen
- Turnusmäßige Untersuchungen bestimmter Beschäftigtengruppen
- Untersuchungen auf persönlichen Wunsch bei Krankheit, Unfall-
folge und sozialmedizinischen Fragen
- Röntgenreihenuntersuchungen
- Röntgenuntersuchungen
- Augenreihenuntersuchungen
- Eignungsuntersuchungen bestimmter Beschäftigtengruppen

a) Einstellungs- und Wiedereinstellungsuntersuchungen

Ziel dieser Untersuchungen ist es, den Arbeitenden an einen seiner physischen und psychischen Konstitution entsprechenden Arbeitsplatz zu stellen. Gleichzeitig werden ansteckende Krankheiten in hohem Grade ausgeschlossen und die Einschleppung von Infektionskrankheiten in das Werk verringert. Zudem werden hierbei oft manifeste oder latente Organerkrankungen festgestellt und einer entsprechenden Therapie zugeführt. Der Arbeitsplatzbewerber wird nach erfolgter Untersuchung dem sogenannten Einsatzbetrieb zugeführt, wo erst später über den endgültigen Arbeitsplatz entschieden wird.

Vor der Untersuchung hat jeder Bewerber einen Gesundheitsfragebogen auszufüllen, in dem die Krankengeschichte festgehalten wird. Der genaue werksärztliche Untersuchungsbefund wird in einen Einstellungsbogen eingetragen. Hierzu gehören auch die Ergebnisse der obligat durchgeführten Laboruntersuchungen, der Prüfung der Sinnesorgane, der Röntgenuntersuchungen der Lungen und sonstigen Ergänzungsuntersuchungen.

Die Beurteilung der Arbeitsplatzzeignung wird der Personalabteilung verschlüsselt (in bestimmten Zahlen- und Buchstabenkombinationen) mitgeteilt. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt somit gewahrt.

Die Zahl der Einstellungs- und Wiedereinstellungsuntersuchungen betrug:

im Jahre 1962	-	1948	Untersuchungen
im Jahre 1963	-	2511	"
im Jahre 1964	-	2453	"
im Jahre 1965	-	2143	"

Das sind durchschnittlich 189 Untersuchungen im Monat oder 6 bis 7 am Tag.

b) Turnusmäßige Untersuchungen bestimmter Beschäftigtengruppen

Zu den Untersuchungen, die im Auftrag des Landesgewerbeärztes durchgeführt werden, gehören die der am Arbeitsplatz gefährdeten Arbeiter.

	<u>Zahl der Untersuchten</u>			
	1962	1963	1964	1965
Organische Lösungsmittel (Trichloräthylen, Benzol)	34	39	29	90
Blei	40	43	25	84
Quecksilber	16	15	44	31
Aluminium	--	--	5	2
Thomasmehl	75	86	74	62

Die Untersuchung der benzol- und bleigefährdeten Personen wird halbjährlich durchgeführt. Die Zunahme der Gefährdetenuntersuchungen im Jahre 1965 ergibt sich dadurch, daß auch Belegschaftsmitglieder erfaßt wurden, die nur gelegentlich mit den genannten Stoffen Kontakt haben.

c) Wunschuntersuchungen bei Unfallfolge, Krankheit und sozialmedizinischen Fragen

Diese Untersuchungen stellten den größten Teil der werkärztlichen Untersuchungen dar:

im Jahre 1962 -	6683 Untersuchungen
im Jahre 1963 -	7408 "
im Jahre 1964 -	8143 "
im Jahre 1965 -	7278 "

Daraus ergibt sich ein Monatsdurchschnitt von 613 Wunschuntersuchungen und von 22 Untersuchungen pro Tag.

d) Röntgen-Reihenuntersuchungen

Diese werden jährlich von der Röntgenschimbildstelle der Wirtschaftsvereinigung "Eisen- und Stahlindustrie" im Werk durchgeführt. Bei festgestellten Erkrankungen erhält der Werksgesundheitsdienst ein Negativbild.

Im Jahre 1965 wurden auf Grund von Röntgenreihenuntersuchungen 51 Nachuntersuchungen durch den Lungenfacharzt des Gesundheitsamtes mit Hilfe der Röntgeneinrichtung des Werksgesundheitsdienstes durchgeführt, die folgendes Ergebnis brachten:

Schwere Erkrankungen

1)	bisher unbekannte aktive Tbc	5
2)	Boeck'sche Krankheit	1
3)	Silikosen	4
4)	Siliko-Tuberkulose	1
5)	bisher unbekannte inaktive Tbc	2
6)	bisher unbekannte fragliche aktive Tbc	2
7)	weiter zu klärende Fälle, darunter 2 Fälle von Tumorverdacht	12
8)	Weniger schwere bzw. bereits bekannte Befunde	24

e) Röntgenuntersuchungen

Diese werden im wesentlichen im Rahmen der Einstellungs- und Wiedereinstellungsuntersuchungen vorgenommen. Auch werden bei zahlreichen Unfällen Kontrollaufnahmen der verletzten Körperteile gemacht.

im Jahre 1962 -	1985	Untersuchungen
im Jahre 1963 -	2273	"
im Jahre 1964 -	1943	"
im Jahre 1965 -	2163	"

Daraus ergibt sich eine Zahl von 742 Röntgenuntersuchungen im Monat und 26 Untersuchungen am Tag.

f) Augenreihenuntersuchungen

Ein aus dem Jahre 1955 stammendes Ergebnis einer Reihenuntersuchung mit dem "Rodatest-Gerät" (Optische Werke, G. Rodenstock, München) zeigt folgendes Ergebnis:

normalsichtig	50,5%
gut korrigiert	16,5%
erstmalig zu korrigieren	11,8%
Brillen zu korrigieren	14,8%
aus anderen Gründen behandlungsbedürftig	6,4%

g) Eignungsuntersuchungen bestimmter Beschäftigungsgruppen

Untersuchungen der Kranführer bezüglich des Sehvermögens (räumliches Sehen und Farbtüchtigkeit)

Untersuchungen der Gasgefährdeten auf Maskentauglichkeit
Untersuchung auf Hörentauglichkeit

Zu dieser Eignungsuntersuchung der Höhenarbeiter, die in Zusammenarbeit mit dem Psychologen und dem HNO-Arzt durchgeführt wird, haben tödliche Abstürze im Jahre 1952 und 1953 geführt.

Untersuchungen des Küchen- und Kantinenpersonals nach dem Bundesseuchengesetz vom 18. 7. 1961 (BGB S. 1012).
Die Zahl dieser Untersuchungen einschließlich der turnusmäßigen Untersuchungen bestimmter Beschäftigtengruppen zeigt folgende Aufstellung:

	<u>Betriebliche Untersuchungen</u>			
<u>Jahr</u>	<u>1962</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>
	2441	2966	3000	2531

Das ergibt einen Monatsdurchschnitt von 228 Untersuchungen bzw. 8 bis 9 am Tag.

	<u>Die Gesamtzahl der werksärztlichen Untersuchungen</u>			
<u>Jahr</u>	<u>1962</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>
	13057	15158	15539	14115

C) Erste-Hilfe-Maßnahmen

Zur Erste-Hilfeleistung steht dem werksärztlichen Dienst für die Wiederbelebung und die Notfallbehandlung der Unfallbereitschaftswagen zur Verfügung. Verbandszeug und Rettungseinrichtungen sind bereitgestellt.

D) Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß

Die rehabilitierende Behandlung am leistungsgeminderten Arbeiter wird vom Werksarzt im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung durchgeführt und richtet sich nach dem Grad der Leistungsminderung und der Anpassungsfähigkeit des Wiedereinzugliedern- den. Bei vorübergehender Leistungsminderung infolge Unfall oder Krankheit finden kurzfristige Umbesetzungen statt.

E) Physikalische Therapie und orthopädisches Turnen

Physikalische Behandlungen-Stangerbäder, Unterwassermassagen, Massagen, Kurzwellenbestrahlungen, Kneipp'sche Güsse, Inhalationen - werden in großem Umfang in der Massage- und Bäderabteilung des Gesundheitsdienstes von einem geprüften, ganztägig beschäftigten Masseur unter der Aufsicht des Werksarztes durchgeführt. Es handelt sich meistens um Verordnungen des Hausarztes, die aus Gründen der Zeitersparnis für die Betriebsmitglieder im Werk ausgeführt werden.

	<u>Anzahl der physikalischen Behandlungen</u>			
<u>Jahr</u>	<u>1962</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>
	8361	6204	4304	5047

Das ist ein Monatsdurchschnitt von 498 und ein Tagesdurchschnitt von 17 Behandlungen.

Das gehäufte Vorkommen von Haltungsschäden bei Jugendlichen und Lehrlingen hat zu der Einstellung einer geprüften Krankengymnastin geführt, unter deren Aufsicht nach vorheriger Befragung des Orthopäden in einem Raum des Gesundheitshauses orthopädisches Turnen abgehalten wird.

F) Regelmäßige Betriebsbegehungen

Stellt der Werksarzt bei seinen Betriebsbegehungen gesundheitsschädigende Einflüsse an Arbeitsplätzen fest, wird sofort zusammen mit dem Sicherheitsingenieur und dem Werkspsychologen eine Abänderung herbeigeführt.

G) Ausbildung und Fortbildung von Sanitätern und Nothelfern

Der eingangs erwähnte psychologische Dienst ist mit einem leitenden Werkspsychologen, einem planmäßigen Werkspsychologen und mit einem oder zwei Jahrespraktikanten besetzt. Er versucht, die einzelnen Arbeitsplatzanforderungen zu analysieren und nimmt psychologische Eignungsuntersuchungen vor. Damit ist er neben dem werksärztlichen Dienst eine wichtige Hilfe bei der Arbeitsplatzauswahl. Das Ergebnis der Eignungsuntersuchung wird in einem Untersuchungsbefund der Personalabteilung zugeführt. Er enthält ein abschließendes Urteil über Eignung oder Nichteignung eines Arbeitsplatzbewerbers. Die Betriebsleitung ist überzeugt, daß die Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen eine sinnvolle Arbeitsplatzverteilung ermöglicht.

Der Tätigkeitsbericht des Betriebsgesundheitsdienstes der Salzgitter Hüttenwerk AG läßt erkennen, daß man hier nicht nur bemüht ist, den allgemein geltenden Richtlinien und Empfehlungen zu entsprechen, sondern zusätzliche Aufgaben übernimmt, die hohe Unkosten verursachen, wobei ich besonders an die Einrichtungen für physikalische Therapie und Orthopädie sowie an den werkspsychologischen Dienst denke.

2.152 Werksarztzentrum Köln-Ehrenfeld e.V.

Als vorest einziges Beispiel für einen gemeinsamen werksärztlichen Dienst in Deutschland ist das am 8. November 1966 eröffnete "Werksarztzentrum Köln-Ehrenfeld e.V." zu nennen.

Aus der Überzeugung heraus, daß die ständige ärztliche Betreuung der Arbeitnehmer an ihren Arbeitsplätzen auch in kleineren Betrieben nützlich und notwendig ist (C. WENZEL), hat der Arbeitgeberverband der Metallindustrie in Köln die Initiative ergriffen und in einem Ballungsgebiet von nicht werksärztlich versorgten Unternehmen ähnlicher Betriebsstruktur die Einrichtung des erwähnten Werksarztzentrums in die Wege geleitet.

Im Bezirk Köln-Ehrenfeld wurden die Firmeninhaber von 24 metallverarbeitenden Firmen mit der Idee vertraut gemacht, einem gemeinsamen Dienst beizutreten. Dabei stellte sich heraus, daß einige wenige schon Bindungen zu bestimmten Ärzten hatten, die meisten aber nicht gewillt waren, zusätzliche Kosten zu übernehmen. Von 24 befragten Firmen blieben schließlich 8 übrig, die das Werksarztzentrum in der Form eines eingetragenen Vereins gründeten.

Bei der Planung stellte der Gesundheitsdienst der Ford-Werke seine Erfahrungen zur Verfügung. Zwei Darlehen in Höhe von je 75000 DM des Arbeitgeberverbandes waren das Anfangskapital des Vereins, wovon das erste für die ärztliche Einrichtung und das zweite für den Kauf eines Fertighauses verwendet wurden. Durch die Entrichtung von Mieten soll die Rückzahlung der Darlehen durchgeführt werden.

Die acht Mitgliedsfirmen sind bereit, jährlich 50 bis 60 Mark für jeden der insgesamt 1700 Mitarbeiter zu zahlen und glauben, damit eine solide finanzielle Basis für die Arbeit des Zentrums geschaffen zu haben. Ziel des Werksarztzentrums ist es, die Zahl der Betreuten auf 3-4000 zu steigern und einen zweiten Arzt einzustellen, damit die ständige Betreuung im Betrieb noch verstärkt werden kann (C. WENZEL in seiner Eröffnungsrede am 8. 11. 1966).

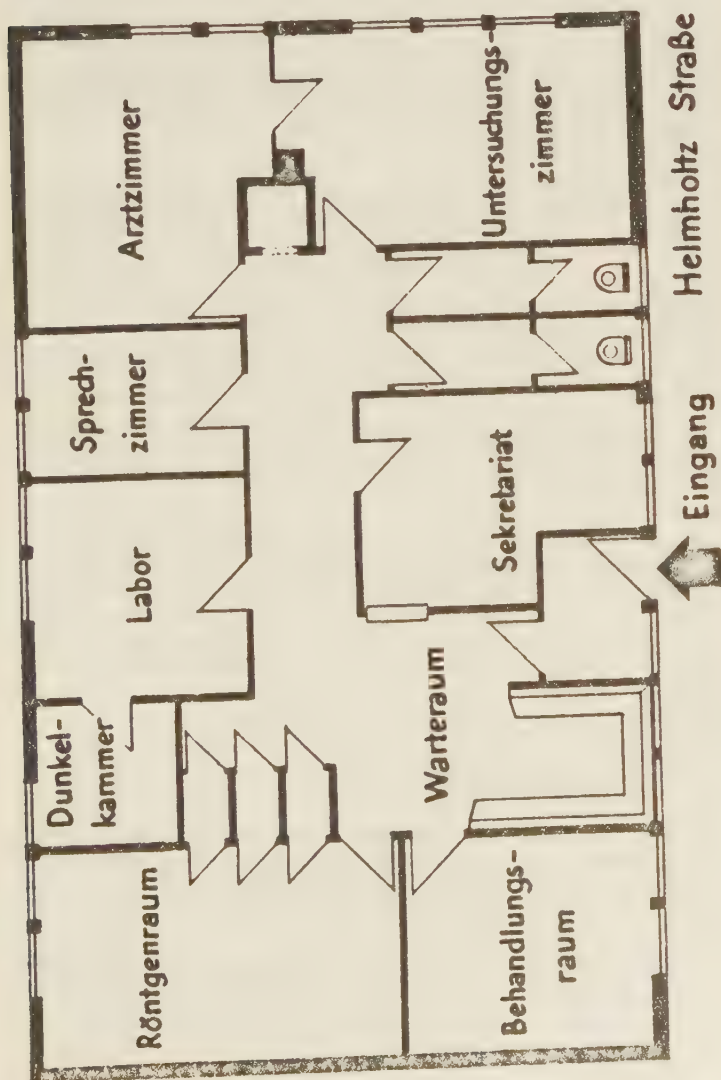
Die Arbeit des Werksarztzentrums orientiert sich an den üblichen Vereinbarungen und Richtlinien. Für erwähnenswert halte ich die regelmäßig wiederholten Untersuchungen jugendlicher und alternder Arbeitnehmer, die prophylaktischen Schutzimpfungen gegen Grippeinfektionen und die Kontrolluntersuchungen bei durch Blei oder Lack gefährdeten Arbeitern, die zum Arbeitsprogramm des Ehrenfelder Zentrums gehören.

In jedem der Mitgliederbetriebe hat der Werksarzt einen Raum zur Verfügung, in dem er Erste-Hilfeleistungen, Notfallbehandlungen und zu festgesetzten Zeiten Beratungen und Untersuchungen durchführen kann.

Im Praxisgebäude selbst befinden sich die Einrichtungen für:

- Einstellungs-, Reihen- und Wiederholungsuntersuchungen,
- Durchleuchtungs- und Schimmbildanlage,
- Herzstromaufzeichnung (EKG),
- Gehörprüfgerät und Sehtestgerät,
- ein Labor für Blut- und Hamuntersuchungen,
- Raum und Gerät für physikalische Behandlungen, Bestrahlungen und Inhalationen,
- ein Sekretariat zur Führung der ärztlichen Kartei und des Schriftverkehrs,
- Untersuchungs-, Sprech- und Arztzimmer.

Die hier beigebrachte Skizze zeigt die räumliche Aufgliederung des Praxisgebäudes und die Lage der Arbeitsräume zueinander. Da das Ehrenfelder Zentrum seine Tätigkeit erst Ende des Jahres 1966 begonnen hat, sind Angaben über die Zahl der Behandelten und die Arten ihrer Erkrankungen noch nicht zu erwarten.



2.2 Schweden

2.21 Gesetzlicher Arbeitsschutz

2.211 Arbeiterschutzgesetz (am 3. 11. 1949 erlassen und 1950, 1955, 1958, 1962, 1963 und 1966 mit Zusätzen versehen)

Das Arbeiterschutzgesetz verlangt, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenarbeiten, schreibt für Unternehmen von bestimmter Größe die Ernennung von Schutzböhmern vor, die die Unternehmensleitung in Arbeiterschutzfragen beraten sollen und macht für jeden Betrieb mit mehr als 50 Arbeitern ein Schutzkomitee obligatorisch, das sich aus Schutzböhmern und Vertretern der Betriebsleitung (u.a. Betriebsinspektor und eventuell Betriebsarzt) zusammensetzt.

Sinngemäß heißt es im § 2, Abs. 7, daß es die Pflicht des Arbeitgebers ist, unter genauester Einhaltung der nachstehend aufgeführten gesetzlichen Vorschriften, alles ihm Zumutbare zu unternehmen, um die bei ihm beschäftigten Personen vor Verletzungen und Gesundheitsschäden zu bewahren und entsprechend den Arbeitsbedingungen das Alter, die Arbeitserfahrung und andere Qualifikationen der Beschäftigten zu berücksichtigen. Demgegenüber ist es die Pflicht des Arbeitnehmers, alle Sicherheitseinrichtungen zu benutzen und die gesetzlichen Bestimmungen strikt zu befolgen.

Absatz 10 enthält u.a. eine Bestimmung über den Luftraum, der für jeden abgeschlossenen Arbeitsplatz vorhanden sein muß; er beträgt pro Person mindestens 10 cbm.

Aus dem § 4, der sich mit der Beschäftigung Jugendlicher bis zum Alter von 18 Jahren befaßt, möchte ich einen Teil des Absatzes 27 sinngemäß zitieren. Betreffend die Einstellung Jugendlicher verlangt das schwedische Arbeiterschutzgesetz, daß sie erst erfolgen kann, wenn dem Arbeitgeber das Arbeitsbuch des Betreffenden vorliegt, das über sein Alter und seine Erziehung Auskunft gibt und ein medizinisches Gutachten aufweist, welches nicht älter als ein Jahr sein darf. Einmal im Jahr muß der Jugendliche untersucht werden, gleichgültig, welcher Beschäftigung er nachgeht.

2.212 Paritätischer Arbeiterschutzausschuß

Das Tätigkeitsgebiet des Arbeiterschutzausschusses umfaßt den Arbeiterschutz in des Wortes weitester Bedeutung und schließt auch gewisse Teile der Werksgesundheitspflege und Werkshygiene mit ein. Im einzelnen werden die Aufgaben des Ausschusses wie folgt definiert:

die Zusammenarbeit zwischen den Verbänden und Gewerkschaften, welche die allgemeinen Regeln zur Organisation des lokalen Arbeiterschutzes anerkannt haben, zu fördern, wie auch zwischen den örtlichen Partnern, mit dem Ziel, einen effektiven Arbeiterschutz zu erreichen,

in jeder Weise aktiv solche Bestrebungen zu fördern, die zum Ziel haben, die Gesundheit und die Sicherheit an den Arbeitsplätzen zu erhöhen, sowie im übrigen alle den Arbeitsschutz betreffenden Aufgaben zu erfüllen, die SAF und LO gemeinsam dem Ausschuß übertragen mögen.

Der Ausschuß versendet laufend Mitteilungen mit Neuigkeiten auf dem Gebiet des Arbeiterschutzes an alle Interessenten. Er veröffentlicht Broschüren und hält Fernkurse ab (z.B. unter dem Titel: "Arbeiterschutz lohnt sich") und macht u.a. darin auf die psychologischen und physiologischen Ursachen, d.h., den "menschlichen Faktor" aufmerksam.

Der Arbeitgeberverband beschäftigt zusätzlich einen medizinischen Sachverständigen, der zusammen mit medizinischen und technischen Mitarbeitern an der Entwicklung der Gewerbehygiene, der Arbeitsmedizin und der werksärztlichen Betreuung sowie an der Bekämpfung von Unfällen und anderen Berufsschäden arbeitet. Es werden regelmäßige Fortbildungskurse und Konferenzen für Werkärzte und Arbeiterschuttpersonal abgehalten.

2.213 Arbeiterschutzaufsicht

Gewerbeärzte mit der Befugnis, selbständig Arbeitsschutzmaßnahmen in den Betrieben anzuordnen, und die praktisch über polizeiliche Gewalt verfügen, wie es in der Bundesrepublik der Fall ist, gibt es in Schweden nicht. Diese Funktionen werden von akademischen technischen Inspektoren wahrgenommen, die den deutschen Gewerbeaufsichtsbeamten entsprechen. Sie unterstehen im wesentlichen dem Sozialministerium unter Zwischenschaltung des "Staatlichen Amtes für Arbeiterschutz". Diese Inspektoren sorgen z.B. dafür, daß die obligatorischen Wiederholungsuntersuchungen der gefährdeten Arbeiter durchgeführt werden. Ist kein betriebsärztlicher Dienst in dem betreffenden Betrieb zur Durchführung dieser Untersuchungen vorhanden, so übernimmt das nächstgelegene arbeitsmedizinische Institut diese Aufgaben und sendet dem technischen Inspektor ein Gutachten.

2.22 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung

Schweden hat sich zum Ziel gesetzt, im Rahmen seines Programms der sozialen Wohlfahrt durch Gesetzgebung und andere Gemeinschaftsmaßnahmen alle jene Risiken ausreichend wirksam aufzufangen, denen der von seinem täglichen Arbeitseinkommen abhängige Bürger ausgesetzt ist (Gustav MÖLLER, schwedischer Sozialminister 1945).

Das Land, das 7,8 Millionen Einwohner hat, von denen 75% in ländlichen Siedlungen wohnen, hat innerhalb der vergangenen 40 Jahre ein besonderes System der sozialen Sicherheit entwickelt. Seit dem 1. 1. 1963 ist die gesamte Sozialversicherung (Gesetz über allgemeine Versicherung) in einem umfassenden Gesetzwerk festgelegt worden.

Allgemein pflichtversichert gegen Krankheit (einschließlich Mutterschaft), Invalidität, Alter und Notstand nach dem Tod des Ernährers sind alle schwedischen Staatsbürger und in Schweden steuerpflichtige Ausländer. Getrennt davon besteht eine Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Verwaltet wird die allgemeine Versicherung durch die staatlichen Versicherungskassen, die ihre Tätigkeit mit Beiträgen der Versicherten, der Arbeitgeber sowie mit Zuschüssen des Staates und der Gemeinden finanzieren.

Wie in Deutschland, besteht auch in Schweden die Unterteilung des Versicherungsschutzes in: Krankenversicherung - Rentenversicherung - Unfallversicherung.

a) Krankenversicherung

Bei Krankheit und Niederkunft trägt die Versicherung die Pflegekosten. Im einzelnen werden die Arztkosten zu drei Viertel des Gebührenordnungs entsprechenden Betrages erstattet. Krankenhauspflege (im allgemeinen Saal) ist unentgeltlich. Gebühren für Zahnbehandlung (Jugendliche bis zum Alter von einschließlich 16 Jahren werden kostenlos behandelt) im Zusammenhang mit Krankheit und Niederkunft werden auch zu Drei Viertel des Gebührenordnungsatzes von der Versicherung übernommen, desgleichen für Fahrten zum Arzt und ins Krankenhaus. Krankengymnastik, physikalische Behandlung und Krankenhausaufenthalt werden ebenfalls zu Drei Viertel bezahlt. Hinzu kommen kostenlose oder verbilligte Heilmittel. Außerdem erhält jeder Patient ein Krankengeld in Höhe von 5 Kronen pro Tag.

Ein Erwerbstätiger bezieht bei Arbeitsausfall infolge von Krankheit Krankengeld in Höhe von 6-52 Kronen am Tag sowie eine Kinderzulage von 1-3 Kronen. Die Dauer der Unterstützung im Krankheitsfall ist für die meisten Versicherten unbegrenzt.

b) Rentenversicherung

Die allgemeine Rentenversicherung gewährt Alters- und Invalidenrenten sowie Witwen- und Kinderrenten nach dem Tode des Ernährers. Altersrente (Volkspension) wird für alle schwedischen Staatsbürger gezahlt und beträgt 4075 Kronen jährlich für Alleinstehende und 6060 Kronen für Ehepaare; für Schweden und Ausländer, die in Schweden steuerpflichtig sind, besteht eine Rentenzusatzversicherung.

Volle Altersrente ($1/4$ bis $1/3$ des Durchschnittseinkommens) wird im Normalfall vom 67. Lebensjahr an gezahlt. Die Höhe der Altersrente der Zusatzversicherung ist vom Erwerbseinkommen zwischen dem 16. und 65. Lebensjahr abhängig und beläuft sich auf 60% des Durchschnittseinkommens in den 15 besten Erwerbsjahren. Der der Volkspension entsprechende Betrag wird jedoch abgezogen.

Die Höhe der Invalidenrente richtet sich nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit und kann den Betrag der Volksrente erreichen.

c) Unfallversicherung

Gegen Arbeitsunfall und Berufskrankheit sind seit dem 31. 12. 1954 alle Arbeitnehmer, unabhängig von ihrer Nationalität und unabhängig davon, ob sie gemeldet und steuerpflichtig sind, pflichtversichert. Die Unfallversicherung erstattet Pflegekosten und gewährt Krankengeld, ähnlich wie die Pflichtkrankenversicherung, und entrichtet bei Invalidität Leibrenten. Die Arbeiterunfallversicherung wird allein durch die Beiträge der Arbeitgeber getragen.

Ansonsten werden die Leistungen der Sozialversicherung zu 30% durch Einzahlungen der Versicherten gedeckt, 50-55% trägt der Staat aus allgemeinen Steuergeldern. Die Arbeiter zahlen 10% für die genannten Grundleistungen und 5-10% für die Zusatzrenten. Die Kosten der Sozialversicherung übersteigen 10% des gesamten Nationaleinkommens (K. GEDICKE).

2.23 Regelungen für die Einrichtung werksärztlicher Dienste

2.231 Richtlinien des Svenska Arbetgivareföreningen (SAF) = Schwedischer Arbeitgeberverband

Eine gesetzliche Regelung für die Einrichtung werksärztlicher Dienste in den Betrieben gibt es in Schweden nicht. Die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände haben es immer zu vermeiden gewußt, daß der Staat sich - wie sie meinen - in ihre Kompetenzen einmischt (SAF und LO: Zusammenarbeit der schw. ...). Der SAF hat daher von sich aus zusammen mit und unter der Leitung von Prof. S. FORSSMAN Richtlinien für die Einrichtung werksärztlicher Dienste ausgearbeitet, die den Charakter von Empfehlungen haben und von allen Arbeitsmarktpartnern anerkannt werden.

In einer Broschüre sind auf rund 100 Seiten die Empfehlungen von Professor FORSSMAN, GIDEON GERHARDSSON und Nils MASRELIEZ zusammengefaßt worden, wobei ein allgemeiner Teil, der sich mit dem Arbeitsfeld und den Zielen des werksärztlichen Dienstes befaßt und ein spezieller Teil entstand, der differenzierte Vorschläge betreffend Personalbedarf, die medizinische Ausrüstung und die Leistungen des betriebsärztlichen Dienstes macht. Die in dem Buch gegebenen Beispiele über werksärztliche Dienste beziehen sich auf Erfahrungen in Schweden und dem Ausland.

Einleitend wird bemerkt, daß die meisten schwedischen Betriebe mit mehr als 1000 Angestellten bereits einen werksärztlichen Dienst haben. Angestrebt werden auch Dienste für kleinere Betriebe, entweder derartig, daß sich mehrere kleine Betriebe einen gemeinschaftlichen Dienst einrichten, oder daß sie selbst einen eigenen Dienst unterhalten. Die Organisation des werksärztlichen Dienstes richte sich, wie es in der Empfehlung heißt, sehr nach Größe und Struktur der einzelnen Betriebe, ferner nach dem Alter der Angestellten und den einzelnen Risiken, aber auch nach der jeweiligen ärztlichen Versorgung in den betreffenden Orten.

Allgemeiner Teil

Das Aufgabengebiet des werkärztlichen Dienstes wird in den folgenden fünf Punkten grob umrissen:

- a) Schutz der Arbeitnehmer vor Gesundheitsrisiken (Unfälle und Berufskrankheiten)
- b) Mitwirkung bei der Arbeitsplatzanpassung mit dem Ziel, optimale Arbeitsbedingungen für jeden Arbeiter zu finden
- c) Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes und Arbeitsvermögens
- d) Wiederherstellung der Gesundheit und des Arbeitsvermögens nach Unfall und Krankheit in möglichst kurzer Zeit
- e) Gegenseitige Abstimmung von Gesundheits- und Produktionsfragen

Der Umfang der Betriebsfürsorge erstreckt sich auf:

technischen Arbeitsschutz
gesundheitlichen Arbeitsschutz
Gesundheitsfürsorge
Rehabilitation

Dazu ist die Zusammenarbeit zwischen dem Werksarzt und den Technikern von größter Wichtigkeit. Eine Spezialausbildung der Sicherheitsingenieure, deren Umfang im einzelnen in der Broschüre dargestellt ist, und der Ärzte müsse - laut Prof. FORSSMAN - eingeführt werden.

Die Ergonomie wird stark betont und die Bildung eines ergonomischen Teams verlangt.

Arbeitshygienische Maßnahmen

Als notwendige arbeitshygienische Maßnahmen werden angegeben:

- 1) Systematische Beobachtung der Arbeitsplätze im Hinblick auf die Früherkennung von Vergiftungen anhand einer Liste über gefährliche Stoffe. Enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Werksschweiser.
- 2) Bei Verdacht auf einzelne Gesundheitsschäden sollen die jeweiligen Faktoren objektiviert werden (entsprechend der Unfallursachenforschung der Berufsgenossenschaften in der BRD).
- 3) Exposition jeweils festlegen nach Expositionsdauer und Konzentration eines Stoffes am Arbeitsplatz. Technische Messung wenn möglich verbinden mit biologischen Expositionstests. Derartige Messungen können von medizinischen Abteilungen oder von chemischen Laboratorien durchgeführt werden.
- 4) Es wird darauf hingewiesen, daß die gefundenen Werte der biologischen Expositionstests mit den Umgebungswerten in Beziehung gesetzt werden sollen, um die Gefährdung des einzelnen Individuums beurteilen zu können im Hinblick auf die Zumutbarkeit. Außerdem ist auf die Disposition einzelner Personen Rücksicht zu nehmen.
- 5) Der technische Arbeitsschutz muß immer an erster Stelle stehen.
- 6) Nach einiger Zeit sollen Erfolgskontrollen der durchgeführten Maßnahmen stattfinden.

Regelmäßig sollen auch Kontrollen der betriebshygienischen Bedingungen erfolgen. Im gleichen Zusammenhang wird auch der Anwohnerschutz erwähnt. Er ist bezüglich der Reinhaltung des Trinkwassers, der Abwasserbeseitigung und der Vernichtung chemischer Schadstoffe Sache des Betriebes.

Aufgabenkatalog des betriebsärztlichen Dienstes

Hier wird in drei Punkte unterteilt:

- a) Erste-Hilfeleistung im Betrieb bei Unfällen und akuten Erkrankungen
- b) Nachbehandlung von Unfällen und Berufskrankheiten
- c) Therapeutische Maßnahmen bei schon oder noch nicht Krankgeschriebenen und deren Angehörigen

Ganz im Gegensatz zu den deutschen Werksärzten dürfen die schwedischen Werksärzte innerhalb des Werkgeländes auch Nichtwerksangehörige behandeln, was nicht nur geduldet wird, sondern in dünn besiedelten Gegenden sogar erwünscht ist, weil dort wegen der großen Entfernungen und des Ärztemangels oft eine ausreichende ärztliche Versorgung gar nicht möglich wäre. Außerdem ist man der Meinung, daß der Werksarzt dadurch in die Lage versetzt wird, sich mit den Problemen des von ihm überwachten und betreuten Arbeitnehmers besonders gut vertraut machen zu können. Trotzdem geht die Entwicklung dahin, daß der überwiegend prophylaktisch tätige Werksarzt an Bedeutung zunimmt (H. SYMANSKI, 1966).

Den Empfehlungen zufolge trägt der werksärztliche Dienst erheblich zur Senkung der Absentismusziffer bei. Angegeben wird, daß vor der Einrichtung werksärztlicher Dienste eine durchschnittliche Abwesenheitszahl von 10-11 Arbeitstagen pro Beschäftigten und Jahr bestanden habe, nach Einführung der Dienste jedoch nur noch 1 Tag pro Beschäftigten und Jahr (Angaben einer bestimmten, nicht genannten Firma). Der werksärztliche Dienst bewirke bessere Arbeitsanpassung und schränke die Fluktuation ein.

Spezieller Teil

Dieser Teil beginnt mit dem technischen Arbeitsschutz. Der Sicherheitsingenieur führt während seiner routinemäßigen Betriebsbegehungen Protokoll über

- 1) Maßnahmen, die durchgeführt werden sollen
- 2) Wichtigkeit dieser Maßnahmen
- 3) wie schnell diese Maßnahmen durchgeführt werden sollen
- 4) die Maßnahmen, die bereits durchgeführt wurden seit der letzten Betriebsbegehung
- 5) Verschiedenes (warum z.B. eine Anordnung nicht ausgeführt wurde und warum eine vorgesehen werden muß)

Mit in das Gebiet des technischen Arbeitsschutzes fällt die Verteilung toxikologischer Merkblätter (Schutzblätter), die über Lagerung und Transport von chemischen Produkten Anweisungen enthalten und über ihre richtige Anwendung Auskunft geben. Auf diesen Merkblättern soll der chemische Stoff mit seinen jeweiligen physikalischen und chemischen Eigenschaften aufgeführt werden sowie seine möglichen Umsetzungsprodukte bei Wärmeeinwirkung oder z.B. Kontakt mit Luft vermerkt sein. Außerdem sollen die toxikologischen Eigenschaften des chemischen Stoffes und die betreffenden Erste-Hilfemaßnahmen, vorbeugenden Maßnahmen bei normaler Handtierung, Hinweise auf Schutzausrüstung und Vorschriften für die Lagerung im Schutzblatt aufgeführt sein.

Gesundheitsuntersuchung

Anhand eines Zahlenbeispiels gibt Prof. FORSSMAN seine Beobachtungen über den Gesundheitszustand Neueingestellter kund. Hiernach sind bei 5-10% der Untersuchten irgendwelche Mängel oder Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellbar, sodaß nach 2-3 Monaten eine Kontrolluntersuchung erfolgen muß. 50% einer Belegschaft sind im Besitz der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit, 25% haben ein eingeschränktes und 10-15% ein deutlich gemindertes Arbeitsvermögen, sodaß ein Arbeitsplatzwechsel erfolgen muß, um eine gute Arbeitsanpassung erzielen zu können. Bei 5-10% der Belegschaftsmitgliederzahl ist ein derartiger Mangel vorhanden, daß für sie speziell zugeschnittene Arbeitsplätze eingerichtet werden müssen. 70% der Arbeitnehmer eines bestimmten Betriebes sind, laut Prof. FORSSMAN, voll leistungsfähig, während für 30% besondere Maßnahmen erforderlich sind.

Werksschwester

Die Werksschwester nimmt dem Werksarzt nahezu alle Vorarbeiten ab, die nicht unmittelbar zur eigentlichen Behandlung gehören. Sie erkundigt sich nach dem Gesundheitszustand, macht also eine gesundheitliche, aber auch eine berufliche Anamnese. Sie führt die wichtigsten Laboratoriumsuntersuchungen durch und stellt die durch Krankheit verursachte Abwesenheit des Betreffenden während der vergangenen zwei Jahre fest. Anschließend erörtert sie mit dem Werksarzt, ob noch weitere zusätzliche Untersuchungen erforderlich sind. Dann fertigt sie einen kurzen Bericht über den Gesundheitszustand des Patienten an, den sie dem Arzt überreicht. Der Arzt stellt dann nach der Konsultation ein Gutachten über das Arbeitsvermögen des Arbeitnehmers aus, wobei er die Möglichkeit hat, ihn - außer in die Kategorie "für Normalarbeit geeignet" - noch in die Kategorien

geeignet für schwere Arbeit

geeignet auch für Hitzearbeit

geeignet auch für stark staubige Arbeit

einzuordnen. Ein Formblatt, das für jeden Arbeitsplatz eine ergonomische Bewertung enthält, ist dem Arzt bei der individuellen Arbeitsplatzverteilung eine wirksame Hilfe.

- IV = Bedienung einer automatischen Maschine
- V = Maschinenarbeit wie z.B. Fräsen, Bohren usw.
- VI = Polierarbeiten
- VII = Arbeit an einer Presse
- VIII = schwere Montagearbeiten
- IX = Transportarbeiten
- X = Lackarbeiten

- I) / = normale Hörfähigkeit (für gewöhnliche Werkstatt- und Büroarbeit)
- 1 = keine Schäden des Mittel- oder Innenohres
- K) + = normale Sehkraft (bis zu 80,6 Sehleistung für das bessere Auge)
- 1 = Anforderungen für die Erlangung des Führerscheines
- 2 = Gute Akkomodationsfähigkeit

Für die Tauglichkeitsuntersuchungen steht dem Werksarzt ein weiteres Formblatt zur Verfügung, in das er neben der Anamnese auch den Grad der Hörfähigkeit und des Sehvermögens einträgt. Außerdem ist ein Abschnitt für Röntgen-, psychischen- und physischen Status sowie EKG und Diagnose vorgesehen. Im einzelnen kann der Werksarzt jede Eigenschaft eines Arbeiters nach fünf Graden beurteilen.

Inanspruchnahme eines werksärztlichen Dienstes

Die in Tabelle 3 angegebenen Zahlen über die Inanspruchnahme eines werksärztlichen Dienstes stammen von einem schwedischen Betrieb, dessen Struktur und Größe Prof. FORSSMAN nicht nennt.

	Inanspruchnahme		Summe
	des Arztes	der Werksschwester	
Krankheits- und Unglücksfälle	95	1616	1711
Gesundheitsfürsorge	248	1457	1705
Krank- und Gesundmeldungen)		434	434
sonstige Besuche)	30	323	353
Summe	373	3830	4203

- TABELLE 3 -

Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, daß nur bei knapp 10% der Inanspruchnahmen des betriebsärztlichen Dienstes auch der Werksarzt hinzugezogen wurde. Der Hauptstrom der Patienten dringt nur bis zur Werksschwester vor.

Medizinische Arbeitsanpassung (Rehabilitation)

Inwieweit eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß in Schweden möglich ist, zeigt folgende Aufstellung:

Alter	--39	40-49	50-59	60-	insgesamt
I	93,4%	88,0%	76,9%	66,6%	88,7%
II	6,6 %	12,0 %	19,2%	16,7 %	10,1%
III	---	---	3,9%	16,7 %	1,2%

I = gute physische und psychische Anpassung
 II = mittelmäßige Anpassung
 III = nicht zufriedenstellende Anpassung

Personalbedarf des werksärztlichen Dienstes in Stunden

Die Erfahrungen in Schweden zeigen, daß der Werksarzt 1-1,5 Wochenstunden pro 100 Beschäftigte aufwenden muß, damit eine ausreichende ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Je nach der Art des Betriebes, ob der Arzt überwiegend mit prophylaktischen Maßnahmen oder mit Rehabilitationsmaßnahmen beschäftigt ist, wird diese Richtzahl variieren.

Bei gemeinschaftlich betriebenen werksärztlichen Diensten soll ein Werksarzt ungefähr 2000 Beschäftigte betreuen (entspricht den BMA- und EWG-Richtlinien). Für rein prophylaktische Maßnahmen werden 20-30 Wochenstunden veranschlagt, für Krankenbehandlung kommen noch 10-12 Stunden hinzu, sodaß eine Gesamtzahl von 30-42 Wochenstunden als Richtlinie angenommen wird. Das bedeutet Vollbeschäftigung für einen Werksarzt.

An dem folgenden Beispiel eines Betriebes mit 1800 Beschäftigten wird die zeitliche Inanspruchnahme eines Werksarztes geschildert:

Arbeitsaufgaben und Arbeitszeit in Stunden

200 Einstellungsuntersuchungen a 1/2 Std.	100
10%=20 Wiederholungsuntersuchungen x 2 a 1/2 Std.	20
400/50 Jahre: Vorsorgeuntersuchung a 1/2 Std.	200
50%=200 Wiederholungsuntersuchungen x 2 a 1/2 Std.	200
Arbeitsplatzbesichtigung 3 Std. pro Woche	150
10% von 1800 Beschäftigten als Krankenstand angenommen =	
180 Beschäftigte, wovon die Hälfte während der Dauer der	
Krankheit die Behandlung des Werksarztes beansprucht:	
Rehabilitierung je 1 Std.	90
Behandlung kleinerer Verletzungen	250
Impfungen	50
Schutzkomitee, Konferenzen 1 Std. pro Monat und Betrieb	72
	<u>1132</u>
zuzüglich ca. 10% Reservezeit	<u>168</u>
	<u>1300</u>
pro Jahr	
das sind 26 Wochenstunden für die Prophylaxe!	

Die Betriebsschwester ist 2-3 Stunden pro Woche und 100 Beschäftigte allein für die Gesundheitsfürsorge im Betrieb tätig. Die Stundenzahl kann aber mit der Inanspruchnahme des Arztes variiert werden. Hat der Betrieb 2000 Beschäftigte und mehr, so ist eine zusätzliche Schreibkraft erforderlich. Ein(e) Krankengymnast(in) sollte in Betrieben ab 3000 Arbeitnehmer hauptberuflich tätig sein.

Kosten des werksärztlichen Dienstes für den Betrieb

Grundsätzlich wird mit einem Kostensatz von 60-100 Kronen pro Beschäftigten und Jahr gerechnet, den der Betrieb aufzubringen hat.

Die nachstehende Zusammenstellung enthält in groben Zügen die Kosten eines Betriebes mit 1000 Beschäftigten:

	Kronen
Arzt, der 15 Std. pro Woche beschäftigt ist, incl. Sozialabgaben	40000
Schwester (ganztätig) incl. Sozialabgaben	26000
Hilfsschwester (ganztätig) incl. Sozialabgaben	14000
Abschreibungskosten für Inventar und Praxiseinrichtung	6000
Miete und Heizung usw.	9000
Verbrauch an Verbandstoffen	5000
Porto, Telefon, Schreibmaterial	1000
	<u>101000</u>

Es ergibt sich also ein Betrag von 100 Kr. pro Jahr und Beschäftigten.

Die Ausrüstung der Räume des werksärztlichen Dienstes entspricht der eines gut eingerichteten Konsultationszimmers und Behandlungszimmers und bedarf deswegen wohl keiner besonderen Untersuchung. Erwähnen möchte ich nur, daß eine Röntgeneinrichtung vorhanden sein soll und die Möglichkeit zur Anfertigung von EKGs.

Lärmprophylaxe

In einem kleinen Büchlein über Lärmprophylaxe, herausgegeben vom SAF, wird schon bei der Einstellung von Arbeitern, die an ihrem Arbeitsplatz lärmgefährdet sein werden, die Anfertigung eines Audiogramms verlangt. Als Beispiel werden die schwedischen Volvo-Werke angeführt, die bei 2800 Beschäftigten eine besondere Kraft für die audiometrischen Messungen eingestellt haben. Überdies ist ein Otologe 4 Stunden im Monat mit Lärmkontrollen und Untersuchungen beschäftigt.

In Schweden gibt es nicht mehr das in der BRD und in weiteren 71 Ländern angewendete Listensystem der anerkannten Berufskrankheiten, sondern generell werden entschädigt alle Schäden, die durch die Arbeit verursacht wurden (H. SYMANSKI, 1966).

2.232 Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen

In Schweden ist die Arbeitsmedizin kein selbständiges Lehrfach und genauso wenig wie in Deutschland ein Prüfungsfach im medizinischen Examen. Arbeitsmedizin wird im Rahmen der Hygiene, der inneren Medizin und im Rahmen der Sozialmedizin an den Universitäten und den Medizinischen Hochschulen gelehrt. An den fünf Universitäten bzw. Medizinischen Akademien

mit Hochschulcharakter in Schweden, nämlich in Malmö/Lund, Göteborg, Stockholm, Upsala und Umea wird das Wissen über Sozialmedizin, das in der Bundesrepublik in verschiedenen Fachgebieten verstreut gelehrt wird, in einem Hauptfach "Sozialmedizin" vertreten. Jede Universität hat dafür einen Lehrstuhl. Der Lehrstoff über Sozialmedizin sieht laut Professor G. LINDGREEN, dem Ordinarius für das Fach in Lund, für Vorlesungen, Seminare und Exkursionen folgende Themen vor:

historischer Überblick, Krankenpflege, Zusammensetzung der Bevölkerung, Fürsorge und Pensionierung, Statistik, Epidemiologie, Kinder- und Jugendfürsorge, Medizinalverwaltung, Gesundheitserziehung, Wohnungshygiene, Kriminalität, Geisteskrankenfürsorge, Medizinalgesetze, Versicherungsmedizin, Schwerbeschädigte, Strahlenschutz, Alkoholprobleme.

Sozialmedizin wird geprüft in einem Seminar in kleineren Gruppen, durch die Untersuchung von Patienten und mit einer schriftlichen Abschlußprüfung (H. SYMANSKI, 1964).

2.233 Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werkstrzten

In Schweden geschieht die Werkstarztusbildung wie in Westdeutschland auf rein freiwilliger Basis. Seit 1947 hat die arbeitsmedizinische Abteilung des Staatlichen Instituts für Volksgesundheit (Statens institut för folkhälsan) insgesamt 10 Kurse abgehalten. Diese vier Wochen dauernden Kurse, die im Schnitt 15 Teilnehmer hatten, fanden anfangs nur alle 2-3 Jahre statt, konnten aber dann dank der zunehmenden Teilnehmerzahl und der staatlichen Zuschüsse jährlich abgehalten werden. Wie in Deutschland, nehmen auch hier bereits als Werkstarzte tätige Ärzte sowie andere Ärzte teil, die sich erst auf eine betriebsärztliche Tätigkeit vorbereiten wollen.

Vom 1. Juli 1966 an fallen die gewährten staatlichen Zuschüsse weg, die es bis dahin erlaubt hatten, auf einen Kostenbeitrag seitens der Kursteilnehmer zu verzichten. Da jetzt eine Kursgebühr von 3000 Kr. pro Teilnehmer verlangt wird, besteht die große Gefahr, daß die Zahl der Interessenten stark zurückgeht.

Das Programm des Werkstarztkurses, der vom 17. 1. 1966 bis zum 12. 2. 1966 abgehalten wurde, beinhaltete z.B. folgende Themen:

Arbeitsschutzgesetze
Arbeits- und Betriebsleitung
Ökonomische Probleme

Zusammenhang, zwischen Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene,
Arbeitsschutz, Betriebsgesundheitsdienst und Forschung
Arbeitsmedizin
Sprengstoffverordnung
Lösungsmittel
Toxizitätsprüfung, MAK-Werte
Staatl. Arbeitsklinik
Silikose in der Klinik
Unfälle durch Elektrizität
Medizinische Datenverarbeitung
Luftverunreinigung
Methodik der chemischen Analyse
Praktische Plasmachemie
Arbeit des Wertschöpfers
Ausbildung und Betriebsgesundheitspflege
Gesundheits- und Krankenfürsorge in der Industrie. Diskussion
Arbeitsphysiologie
Industrielle Biotechnologie
Arbeitsdermatologie
Gasvergiftungen (Theorie)
" (Klinik)
Meßmethoden in der Akustik
Medizinische Gesichtspunkte betr. Lärm und Lärmprophylaxe
Demonstration: Lärmmessung und Gehörfunktionsprüfung
Quecksilbervergiftung
Bleivergiftung
Metallvergiftung allgemein
Strahlenbiologie
Seminar: Gesundheitskontrolle Jugendlicher
Psychische Gesundheit
Versicherungsschutz bei beruflich bedingten Gesundheitsschäden
Versicherungsschutz bei Lärmschäden
Arbeitshygienische Eliminationstechnik und -kontrolle
Geruchsprobleme innerhalb und außerhalb der Betriebe
Kohlenoxyd. Physiologie und Toxikologie
Handchirurgie
Nahrungsphysiologische Probleme in der Industrie
Seminar: Kontrolle Bleiexponierter
Betriebsbegehungen
Seminar: Lösungsmittel
Seminar: Kohlenoxyde
Über die Ausbildung in der Betriebsgesundheitspflege
Seminar: Lärm
Schreibkrampf
Der Epileptiker und die Arbeit

Jedem Kursteilnehmer wird zu Beginn des Kurses eine vollständige Liste der Literatur überreicht, die er durcharbeiten hat und die sorgfältig die einzelnen Gebiete der Arbeitsmedizin unterscheidet.

2.234 Arbeitsmedizinisches Institut Stockholm

Das Arbeitsmedizinische Institut Schweden wurde am 1. 7. 1966 in Stockholm gegründet und steht seitdem unter der Leitung von Prof. FORSSMAN. Es ist in fünf Abteilungen gegliedert, die wiederum in einzelne Sektionen unterteilt sind.

1) Medizinische Abteilung (24 Mitarbeiter)

Sektion für medizinische Arbeitshygiene
(Prof. AHLMARK)

Sektion für Toxikologie
(Prof. AHLMARK)

Sektion für Arbeitsmedizin
(Dr. SVENSSON, Dr. GÖTHE)

Sektion für Arbeitsdermatologie
(Dr. SKOG)

2) Chemische Abteilung (16 Mitarbeiter)

3) Technische Abteilung (23 Mitarbeiter)

4) Arbeitsphysiologische Abteilung (11 Mitarbeiter)

5) Administrative Abteilung (15 Mitarbeiter)

Die medizinische Abteilung befindet sich im Karolinska Sjukhuset. Hier hat Dr. SVENSSON fünf Betten für die Belegung mit Berufskranken zur Verfügung. Paralleleinrichtungen sollten eigentlich in allen Schwerpunktkrankenhäusern Schwedens sein, sind aber effektiv nur in Lund, Örebro, Göteborg, Eskilstuna und Stockholm (Södersjukhuset) vorhanden.

2.24 Statens Arbetsklirik Stockholm

Die Statens Arbetsklirik in Stockholm stellt das Zentrum für die Bemühungen zur Wiedereingliederung Gesundheitsgeschädigter in den Arbeitsprozeß dar. In jeder Provinz des Landes gibt es Übungswerkstätten für diesen Zweck. Die Statens Arbetsklirik (auf dem Gelände des Karolinska sjukhuset) besitzt in ihren Rehabilitationswerkstätten 30 Arbeitsplätze. Pro Jahr werden rund 200 Umschulungen durchgeführt. Insgesamt sind hier 15 Personen beschäftigt, darunter:

- 2 Ärzte (allgemein)
- 1 Psychiater
- 1 Orthopäde
- 1 Neurologe
- 1 Ophthalmologe
- 1 hauptberufliche und 1 nebenberufliche Schwester
- 1 Krankengymnastin
- 2 Schreibkräfte

Man strebt sogar die Einführung eines Facharztes für physikalische Medizin und Rehabilitation an, dessen Ausbildung folgendermaßen aussehen soll:

- 3 Jahre klinische physikalische Medizin und Rehabilitation, davon
 - 6 Monate Orthopädie
 - 6 Monate Innere Medizin oder Neurologie
 - 6 Monate Psychiatrie
 - 6 Monate Sozialmedizin

Außerdem will man in Zukunft Gesundheitsingenieure ausbilden. Mit ähnlichem Ziel führt schon seit 15 Jahren der Arbeitgeberverband (SAF) Kurse für Ingenieure durch. Und auch für Werksschwestern finden seit sechs Jahren fünfwöchige ganztägige Kurse statt.

2.25 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste

2.251 Marabou-Schokoladenfabrik

Marabou hat insgesamt 1140 Beschäftigte. Davon sind

Arbeiter	890
technisches Personal	99
in der Administration	151

Zum Gesundheitsdienst gehören ein ganztätig beschäftigter Arzt (219 Tage im Jahr), eine Betriebsschwester, zwei Hilfsschwestern und zwei weibliche Lehrlinge im Krankendienst.

Der Werksarzt wurde in Anspruch genommen bei

- 2179 ärztlichen Untersuchungen
- 478 Beratungen
- 533 Einstellungsuntersuchungen
- 191 Wiederholungsuntersuchungen nach drei Jahren
- 101 spezielle Untersuchungen (Teiluntersuchungen)
- 659 Verbänden

Bei Neueinstellungen wurden auch Schirmbilduntersuchungen vorgenommen, die innerhalb der folgenden drei Jahre zweimal wiederholt werden.

Ein Betriebshygienekomitee, das sich aus dem Betriebsarzt, dem Sicherheitsingenieur und anderen Mitgliedern des Betriebes zusammensetzt, ist während des Berichtsjahres sechsmal zusammengetreten. Dabei kamen folgende Themen zur Sprache:

Lärmbekämpfung

Rückenschmerzen (besonders der beschäftigten Frauen)

Luftverunreinigungen (z.B. durch Talcum)

Überprüfung von verschiedenen Arbeitsplätzen im Hinblick auf arbeitsbehinderte Personen (Versetzung der Rekonvaleszenten in Spezialabteilungen)

2 Männer und 12 Frauen wurden in der Spezialabteilung beschäftigt

Eine sehr ausführliche Krankenstandstatistik ist dem Marabou-Bericht beigelegt.

2.252 Gemeinschaftlicher werksärztlicher Dienst Anderstorp

Am 1. 12. 1966 berichtete das "Schwedische Tageblatt" (Svenska Dagbladet) über die Einrichtung eines gemeinsam betriebenen werksärztlichen Dienstes in Anderstorp, Smaland.

Eine Betriebsabgeordnetenversammlung unter der Leitung von Direktor Trygve HOLM, Soab, die dorthin verlegt worden war, gab dem in Anderstorp tätigen Ingenieur Gustav MAGNUSSON Gelegenheit, über die Einrichtung des als Experiment gedachten Werksarztzentrums zu berichten.

60 von insgesamt 135 Betrieben haben sich hier zusammengeschlossen und die "Gesundheits- und Krankenfürsorgezentrale Anderstorp" in Form einer Stiftung gegründet. Initiator des Zentrums ist der Arbeitgeberverband (SAF). Als Vorsitzender fungiert der Direktor einer der angeschlossenen Betriebe.

Den zu betreuenden 1550 Angestellten steht ein Betriebsarzt 20 Stunden in der Woche zur Verfügung. Mehrere kleinere Betriebe haben bereits den Wunsch geäußert, sich dem Werksarztzentrum anzuschließen. Für die Ausrüstung und die benötigten Räume haben in Anderstorp die Kommunalbehörden gesorgt (etwa 10000 Kr.). Die Betriebe zahlten bisher 50 Kr. pro Arbeiter und Jahr, aber man ist sich im Klaren darüber, daß der Betrag, wenn die Unkosten gedeckt werden sollen, zwischen 60 und 100 Kr. liegen muß.

Der angestellte Arzt ist mit den Arbeitsbedingungen, unter denen er seiner Tätigkeit nachgeht, weitgehend zufrieden. Er stellt an die Stiftung und an die einzelnen Betriebe nur folgende sechs Forderungen:

- 1) Die Betriebe sollen ihn über Absentismusziffern informieren
- 2) Die Unfallmeldungen müssen auch ihn erreichen
- 3) Ausbildung von Betriebsangehörigen in Erster-Hilfe
- 4) Bessere Einrichtungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen am Arbeitsplatz
- 5) Einstellung eines Sicherheitsingenieurs in Anderstorp
- 6) Schaffung eines "biotechnischen Teams"

Daß auch in Schweden die Probleme des betrieblichen Arbeiterschutzes allgemeines Interesse in der Öffentlichkeit erregen, zeigt ein weiterer Artikel, der am 20. 11. 1966 im Schwedischen Tageblatt unter dem Titel "Bessere Verhältnisse in der Arbeitshygiene - kleinere Betriebe brauchen Unterstützung" erschien.

Im Rahmen einer Diskussion während eines Kurses des Ingenieurverbandes und Technologenverbandes über Grenzgebiete der Hygiene betonte Oberingenieur Gideon GERHARDSSON vom Arbeitgeberverband, daß man den Bemühungen der Arbeitshygiene allgemein positiv gegenüberstehe, für die Verwirklichung der sich ergebenden Probleme jedoch noch keine verwendbaren Normen gefunden seien.

Prof. Axel AHLMARK vom Volksgesundheitsinstitut brachte die Frage des Lärmschutzes in die Diskussion und bezeichnete es als groben Fehler, zu glauben, daß von den 16000 Arbeitern, die an ihren Arbeitsplätzen in Schweden mindestens 90 Phon ausgesetzt sind, nur 4 bis 6 Lärmschäden davontrügen, wie es Statistiken behaupteten. Die Zahl der Lärmgeschädigten müsse um ein Vielfaches darüber liegen.

G. GERHARDSSON forderte anschließend, daß sich die Arbeitnehmer an den steigenden Kosten für Arbeitsschutzeinrichtungen beteiligen.

Schließlich machte Prof. AHLMARK den Versuch, anhand eines Beispiels zu beweisen, daß sich Arbeitsschutz - auch finanziell gesehen - lohnt. Wenn man von 3000 Staubexponierten bei drei Arbeitern die Silikose verhindern könne, dann vermeide man schon die Kosten für

eine spezielle Untersuchung..... 130 Kr.
die Behandlung eines schweren Silikose-
falles 130000 "

Dieses Beispiel brachte Prof. AHLMARK, um zu zeigen, in welchen finanziellen Dimensionen sich Heilbehandlungen bewegen.

Abschließend sei erwähnt, daß die schwedischen Werksärzte größtenteils dem sogenannten Industrieärzterein angegeschlossen sind, über dessen Funktion ich aber nichts habe erfahren können.

2.3 Niederlande

2.31 Gesetzlicher Arbeitsschutz

2.311 Sicherheitsgesetze

Neben der Gewerbeordnung bildet das schon 1895 erlassene Sicherheitsgesetz, das Fabriken oder Werkstätten mit einer oder mehreren Maschinen, oder mit Hochöfen sowie mehr als fünf Arbeitern erfaßt, die Grundlage für den gesetzlichen Arbeitsschutz in den Niederlanden. Heute gibt es darüberhinaus noch eine Reihe anderer Gesetze, die den Arbeitsschutz zum Gegenstand haben. Das Gesetz über gefährliche Werkzeuge ist zum Beispiel eines. Es wurde 1952 verabschiedet und enthält Zulassungsbestimmungen für Werkzeuge, die erstmalig in den Handel kommen. Dabei schließt das Gesetz nicht nur das "gefährliche Werkzeug", sondern auch die dazu gehörigen Schutzausrüstungen und Schutzmaßnahmen mit ein.

Das Silikosegesetz vom 25. 4. 1951 sieht die Bekämpfung der Gefahr der Silikose und anderer Staublungerkrankungen vor. Dazu heißt es in Artikel 2 und 3 des Silikosegesetzes:

- Abschnitt 1) Das Bearbeiten und Verarbeiten von Sandstein ist verboten.
2) Das bezieht sich aber nicht auf den vorschriftsmäßigen Gebrauch und die Herstellung von Schleif- und Mühlensteinen.

In einem Beschluß vom 20. 7. 1956 hat das Silikosegesetz eine Ergänzung erhalten, die sich auf den Gebrauch von Sandstrahlgebläse bezieht:

- 1) Das Bearbeiten von Gegenständen, wobei Sand oder ein anderer Stoff verwendet wird, welcher Quarz oder eine andere Form von kristallinem Siliziumdioxid enthält, und der mit großer Geschwindigkeit auf den Gegenstand trifft, ist, mit Ausnahme der Verwendung zur Auftragung eines dünnen Belages auf einen Gegenstand, verboten.
- 2) Dieses Verbot gilt nicht in Bezug auf das Sandstrahlen von Zündkerzen und zahntechnischen Werkstücken, wenn dies in Apparaten geschieht, die dafür eingerichtet sind und aus denen kein Staub entweichen kann.

Das Sicherheitsgesetz (Arbeitsschutzgesetz) stammt in seiner jetzigen Form aus dem Jahre 1934 und ist zuletzt am 19. 2. 1959 durch das Gesetz über die präventive Gesundheitsfürsorge in den Betrieben erweitert worden. Außerdem sind ihm seit seinem Inkrafttreten rund 27 Beilagen in der Form königlicher und ministerieller Beschlüsse hinzugefügt worden.

Während in der BRD der Unternehmer die Gestaltung des Arbeitsplatzes und seiner Umgebung an Hand von Empfehlungen und Richtlinien vornimmt (Mustersicherheitsvorschrift für gewerbliche Anlagen, Intern-Arbeitsamt, herausgegeben vom BMA), bestehen in den Niederlanden gesetzliche Bestimmungen zum Arbeiterschutz "bei der Arbeit in Fabriken und an Werkplätzen". Im § 2, Art. 6, Abschn. 1a heißt es, daß vom Staat festgelegt wurde

- a) die Höhe von Werkhallen und der freie Luftraum für jede Person im Zusammenhang mit der Raumhöhe
- b) der Tageslichteinfall
- c) das Verhüten und Bekämpfen von Bränden sowie Bestimmungen über das Verhüten von Unfällen bei Bränden
- d) die Installierung elektrischer Anlagen
- e) Umkleideräume, Bekleidungsabwahrung, Ruhegelegenheiten in den Aufenthaltsräumen der Betriebe, in denen Arbeiter in Nachtschicht tätig sind
- f) die Einrichtung von Bedürfnisanstalten

Abschnitt 3 trägt allgemein jedem Unternehmer oder Betriebsleiter auf, dafür zu sorgen, daß die genannten Schutzvorschriften in seinem Betrieb eingehalten werden.

Der Art. 7 des § 2 verlangt nochmals für jeden Arbeitsplatz ausreichende Beleuchtung durch Kunstlicht, Sauberkeit, zumutbare Temperatur und die Verhinderung der Verbreitung schädlicher Dämpfe und Gase usw.

Ein Sicherheitsbeauftragter kann vom Betrieb eingestellt oder als behördlich anerkannter Beauftragter stundenweise beschäftigt werden. Er hat den Auftrag, die Sicherheitseinrichtungen und das Vorkommen von gesundheitlichen Schäden bei und durch die Arbeit in einem Betrieb oder einer Gruppe von Betrieben zu überwachen. Welche Betriebe einen Sicherheitsbeauftragten beschäftigen müssen, hängt von ihrer Art und von ihrer Größe ab und ist in einem besonderen Reglement festgehalten. Das Reglement gibt eine Zusammenfassung der Befugnisse und der Arbeitsweise der Sicherheitsbeauftragten (§ 8, Art. 20).

Der § 9 des Sicherheitsgesetzes verpflichtet die Betriebsleitungen in Art. 24, den Anweisungen der Distriktsbeauftragten der Arbeitsinspektion Folge zu leisten und ihm immer, wenn er es für nötig hält, ohne Anwesenheit Dritter, Untersuchungen der Arbeiter durch staatliche Ärzte vornehmen zu lassen.

2.312 Arbeitsinspektion

Die Überwachung der hygienischen Zustände in den Betrieben und die Aufsicht über die Befolgung der Sicherheitsgesetze hat die Medizinische Abteilung der dem Ministerium für soziale Angelegenheiten und Volksgesundheit unterstellten Arbeitsinspektion.

Zentrum der Arbeitsinspektion ist das Ministerium in Voorburg mit 11 Ärzten, 6 technischen Inspektoren, 7 Juristen, 14 technischen Beamten, 2 Kontrolleuren, 2 Laborassistenten, 3 Analytikern, 2 technischen Zeichnern, 2 Fotografen und 54 Beamten in der Administration sowie einigem Bedienungspersonal.

In jedem der 10 niederländischen Distrikte hat die Arbeitsinspektion ein Zweiginstitut mit einem Diplom-Ingenieur als Distriktsleiter an der Spitze, sowie einem Arzt. In den Distrikten sind außerdem tätig insgesamt: 12 männliche und 18 weibliche Inspektoren, 59 technische Beamte, 110 Kontrolleure und 137 Beamte in der Verwaltung. Der oben erwähnte Arzt hat nur beratende Funktion betreffend Arbeitsschutzeinrichtungen und führt keine ärztlichen Untersuchungen durch. Ihm werden auch keine Meldungen über Berufskrankheiten gemacht, sondern diese gelangen unmittelbar an die Versicherungen. Er entspricht also nicht den Gewerbeärzten in der BRD.

Die Zahl der durchgeführten Besuche und Kontrollen in den Betrieben betrug im Jahre 1964 für die

Distriktsleiter	1776	
Inspektoren (männlich)	2870	
" (weiblich)	7286	
techn. Beamten	40868	
Kontrolleure	127575	
das sind zusammen	180375	Besuche

(Ministerium für soziale Angelegenheiten und Volksges. 1964)

Die Institute führen neben ihrer Aufsichtstätigkeit noch zum Teil umfangreiche arbeitsmedizinische Versuche in den Betrieben durch oder stellen kostenlos Gutachten über die Arbeitssicherheit bestimmter Stoffe aus.

Ferner sei das Sicherheitsinstitut in Amsterdam genannt. Hier sind insgesamt 34 Mitarbeiter tätig. Der Gesamtetat des Institutes beträgt jährlich rund 3 Mill. Gulden. Davon werden 1.1 Mill. durch staatliche Zuschüsse gedeckt und der Rest von den Bezügen bestritten, die das Institut von den Betrieben für die Entsendung institutseigener Sicherheitsingenieure erhält. Von dieser Einrichtung machen viele Betriebe Gebrauch, um nicht einen eigenen Ingenieur unterhalten zu müssen.

2.32 Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung

Mit der Ausbreitung des Systems der Sozialversicherungsgesetzgebung, das seinen Anfang 1921, im Jahr der Verabschiedung des Unfallversicherungsgesetzes, hatte, beabsichtigte man auch in den Niederlanden, wie in allen Kulturstaaten, Maßnahmen für die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall, Invalidität, Arbeitslosigkeit und Tod zu treffen. Dieses soziale Werk sollte eine gleichmäßige Verteilung des Volkseinkommens über die Bevölkerung gewähren und man ist der Meinung, daß es in "hohem Maße den Arbeitsfrieden und die Arbeitslust unterstützt" (Niederl. Außenministerium).

Die Bestimmungen über die Durchführung der Sozialversicherung sind hauptsächlich in dem Gesetz vom Jahre 1933 über die Staatsversicherungsbank und die Arbeitersozialversicherungsämter sowie in dem Gesetz über die Organisation der Sozialversicherung vom Jahre 1952 enthalten.

Die Sozialversicherungsbank ist mit der Durchführung folgender Gesetze beauftragt:

Invalidenversicherungsgesetz
Unfallversicherungsgesetz
Unfallversicherungsgesetz für Landwirtschaft u. Gartenbau
Allgemeines Altersversicherungsgesetz
Allgemeines Witwen- und Waisenversicherungsgesetz

Außerdem übt die Sozialversicherungsbank die Aufsichtsgewalt aus über:

Arbeitssozialversicherungsämter
Unfallkasse
Invalidenversicherungs- und Altersversicherungsanstalt
Witwen- und Waisenversicherungsanstalt

Die Krankenversicherung wird in den Niederlanden von den Krankenkassen als Einrichtungen auf privatrechtlicher Basis unternommen. 1941 wurde unter dem Besatzungsrecht durch den Generalsekretär des Ministeriums für soziale Angelegenheiten die Krankenkassenordnung erlassen, die bis auf einige Änderungen heute noch immer gilt.

Da das Sozialversicherungssystem der Niederlande sehr verzweigt ist, möchte ich, um einen Vergleich zu den behandelten Ländern zu ermöglichen, nur die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung herausgreifen und in groben Umrissen schildern.

Krankenversicherung

Unter das Krankenversicherungsgesetz fallen nur Personen, deren Jahresverdienst nicht über 8000 Gulden liegt. Versicherungsträger sind die Betriebsverbände, die für jeden Wirtschaftssektor bestehen, und private Versicherungsgesellschaften. Die 26 existierenden Betriebsverbände wurden durch repräsentative Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Jahre 1953 gegründet und werden auch paritätisch verwaltet. 15 von ihnen haben eine gemeinschaftliche Verwaltungsstelle (Gemeenschappelijk Administratiekantoor: GAK) gegründet, und die übrigen verwalten sich selbst.

Der Versicherte ist verpflichtet, die Hälfte des Versicherungsbeitrages, 4,8% des Lohnes, der für die Berechnung der Versicherungsprämie in Frage kommt, selbst zu zahlen. Die andere Hälfte geht zu Lasten des Arbeitgebers.

Alle Krankenkassen der Niederlande, insgesamt sind es 125, unterliegen seit 1941 einer gewissen staatlichen Aufsicht, die seit 1947 von einem aus 36 Mitgliedern bestehenden Krankenkassenrat ausgeübt wird.

Jedes Mitglied bei der Versicherung, einschließlich der gesamten Familie, hat Anspruch auf ärztliche Hilfe, Arzneimittel, auf zahnärztliche Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen, Geburtshilfe durch eine Hebamme und, falls diese es für nötig erachtet, durch einen Arzt, Krankenhauskosten für im Höchstfall 70 Tage für dieselbe Krankheit, einen Unkostenbeitrag für die Pflege in einer Heilanstalt, äußerliche Heilverfahren wie Bestrahlungen, Massagen und Prothesen, und in bestimmten Fällen Krankentransport.

Das Krankengeld, das die Versicherung bei Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfalle zahlen muß, beträgt 80% des Tageslohnes und wird vom dritten Tag nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit an ausgezahlt. Das Krankengeld wird aber nur 52 Wochen lang gezahlt, dann tritt die Invalidenversicherung ein, vorausgesetzt, dass der Versicherte 150 Prämien vorweisen kann.

Unfallversicherung

Das Unfallversicherungsgesetz kennt keine Lohngrenze. Versicherungsschutz wird gewährt bei Unfällen, die sich im Zusammenhang mit der Arbeit ereignen. Den Unfällen gleichgestellt sind die Berufskrankheiten.

Folgende Leistungen stehen dem Versicherten zu:

- 1) Krankenbehandlung
- 2) Krankengeld in Höhe von 80% seines Arbeitslohnes bis zu 42 Tagen.

Danach erhält er bei

- a) völliger Arbeitsunfähigkeit 312 Tage lang die 80% des Tageslohnes und über diesen Zeitraum hinaus 70% des Lohnes;
 - b) eingeschränkter Arbeitsfähigkeit einen entsprechenden Teil der unter a) aufgeführten Prozentsätze.
- 3) Kosten für Rehabilitierung (Schulung und Umschulung)
 - 4) Bei Tod des Emähreiss infolge Arbeitsunfalles oder Berufskrankheit sind folgende Leistungen vorgesehen:
 - a) Übernahme der Bestattungskosten
 - b) Zahlung einer Rente an die Hinterbliebenen (un die Witwe 30%, für jedes Kind 15% des Lohnes des Verstorbenen). Im Höchstfall zusammen 60%.

Die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung geschieht ähnlich wie in der BRD über ein Umlegungssystem. Die Prämien werden allein von den Arbeitgebern gezahlt und entsprechend dem Unfallrisiko des betreffenden

Betriebes errechnet. Am Ende des Rechnungsjahres wird gegebenenfalls eine zusätzliche Prämie erhoben oder eine Rückerstattung gewährt.

Altersversicherung

Seit dem 1. 1. 1957 ist ein allgemeines Altersversicherungsgesetz in Kraft, das alle Einwohner der Niederlande zwischen 15 und 65 Jahren zwingt, sich gegen die finanziellen Folgen des Alters zu versichern. Die Finanzierung der Versicherung erfolgt durch die Beiträge der Versicherten, und die Höhe der zu zahlenden Altersrente richtet sich wiederum nach der Summe der eingezahlten Prämien. Der Beitrag liegt bei 5,5% des Einkommens und wird bei Lohnsteuerpflichtigen gleich vom Lohn einbehalten. In besonderen Härtefällen kann die Versicherungsprämie unter 5,5% liegen, ja sogar völlig fortfallen.

Altersrente wird vom 65. Lebensjahr an gewährt. Für verheiratete Personen beträgt sie 1872 Gulden, für unverheiratete 1182 Gulden. Da die ausgezahlte Rente kaum den Bedürfnissen der Altersrentner angemessen ist, ist der Großteil der Rentner noch einem der zahlreichen privaten Pensionssysteme angeschlossen. So führen bestimmte Industriezweige, wie z.B. die Metallindustrie, eigene Betriebspensionskassen. 1960 gab es in den Niederlanden 64 selbstständige Betriebskassen. Insgesamt kann der holländische Bürger heute zwischen 1870 Pensionskassen wählen (Niederl. Außenministerium).

2.33 Regelung für die Einrichtung Werksärztlicher Dienste

2.331 Werksarztgesetz

Der § 2, der am 19. 2. 1959 dem Sicherheitsgesetz hinzugefügt wurde, ist maßgebend für die Einrichtung werksärztlicher Dienste in den Niederlanden. Nach einer Übergangszeit von drei Jahren trat das Gesetz durch den königlichen Beschluß vom 20. Juni 1961 am 1. September 1962 in Kraft. Entgegen der Auffassung in Schweden und in der BRD, man könne eine ausreichende ärztliche Versorgung der Arbeiter an ihren Arbeitsplätzen auf freiwilliger Grundlage durch persönliche Initiative in der Zukunft gewährleisten, teilt man in den Niederlanden die Meinung der EWG-Kommission und ist überzeugt, daß dieses Ziel nur mit Hilfe einer gesetzlichen Basis erreicht werden kann.

Hierzu muß aber bemerkt werden, daß das Gesetz nur einen verhältnismäßig geringen Teil der arbeitenden Bevölkerung erfaßt, weil es nur für Betriebe mit 750 Arbeitern und mehr die Einrichtung werksärztlicher Dienste fordert.

Art. 8 a des § 2 a verlangt allgemein die Einrichtung werkärztlicher Dienste in Betrieben von einer bestimmten Belegschaftszahl an. Der Art. 8 b schreibt die Einrichtung für Betriebe vor, in denen die Arbeiter besonderen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt sind, wobei die Zahl der Arbeitnehmer keine Rolle spielt.

Dazu ergänzt der königliche Beschluß vom 20. Juni 1961:

"die Zahl der Arbeiter, die in Art. 8 a, Abschnitt 1 angeführt ist, wird auf 750 festgelegt.

Als Betriebe mit besonderen Gefahren, die in Art. 8 b aufgeführt sind, werden bezeichnet:

- a) Fabriken, in denen bleihaltige Farbstoffe hergestellt werden,
- b) Bleiakkumulatorenfabriken mit Ausnahme von Fabriken, in denen die Tätigkeit an Bleiakkumulatoren ausschließlich im Montieren und Wiederherstellen besteht.

Zu entscheiden, welcher Betrieb unter den § 2 a, Art. 8 b des Sicherheitsgesetzes fällt, hat das Beistands- und Beratungskollegium für Betriebsmedizin (College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde)

Dem Kollegium gehören an:

- 1 medizinischer Berater der Arbeitsinspektion
- 1 Oberinspektor der Volksgesundheit
- 1 medizinischer Berater bei der Sozialversicherungsanstalt
- 3 Betriebsärzte (auf Empfehlung des Niederländischen Vereins für Arbeits- und Betriebsmedizin)
- 2 Mitglieder (auf Empfehlung der Königlich-Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunde)
- 6 Mitglieder (auf Empfehlung der Institution für Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden)

(234. Königlicher Beschluß vom 20. Juli 1961, Art. 2)

Dem Gesetz im oben erwähnten Abschnitt 1 kann auch dadurch entsprochen werden, daß sich (Art. 8 a, Abschn. 3) mehrere Betriebe einen gemeinsamen Dienst einrichten oder sich an einen schon bestehenden Dienst anschließen. Die Verwaltung eines gemeinsam betriebenen werkärztlichen Dienstes kann einer Rechtsperson übertragen werden. Damit keines der angeschlossenen Mitglieder durch den Gesundheitsdienst bevorzugt behandelt werden kann und niemand persönlichen Gewinn erzielen kann, sind in der Verwaltung Abgeordnete der Arbeitnehmerschaft der beteiligten Betriebe tätig (§ 2 a, Art. 8 a, Abschn. 5).

Der Abschnitt 6 weist auf vom Staat festgelegte Bestimmungen hin, die bezüglich der Einrichtung werksärztlicher Dienste Auskunft geben über:

- a) Einstellung eines Arztes als Werksarzt
- b) das ärztliche und administrative Personal
- c) die ärztliche Unabhängigkeit des Werksarztes

Näheres zu diesem Abschnitt enthält der 235. Beschluß vom 20. 7. 1961:

Art. 1: An der Spitze eines betriebsärztlichen Dienstes steht ein Betriebsarzt.

Art. 2: Der Einstellung eines Betriebsarztes muß die Zustimmung durch das Beistands- und Beratungskollegium für Betriebsmedizin vorausgehen.

Das Kollegium soll beurteilen, ob der betreffende Arzt eine ausreichende theoretische und praktische Ausbildung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin aufweisen kann. Es soll ferner feststellen, ob der Arzt mindestens drei Jahre in einem werksärztlichen Dienst gearbeitet hat und die in seinen Bereich fallenden Arbeiten durchgeführt hat. Assistenzarzt in einem betriebsärztlichen Dienst kann laut Art. 5 jeder Arzt sein. Der königliche Beschluß verlangt für die Arbeit eines werksärztlichen Dienstes gut ausgebildetes ärztliches Hilfspersonal, Verwaltungspersonal und gute medizinische Ausstattung.

Wie in Deutschland, so unterliegt auch in den Niederlanden der Werksarzt der Schweigepflicht, desgleichen das ärztliche Hilfs- und Verwaltungspersonal, ausgenommen bei Untersuchungen in Laboratorien oder Werkstätten von Hochschulen, Berufs- und Fachschulen.

Die Aufgaben des Betriebsgesundheitsdienstes werden in Art. 8 c des Sicherheitsgesetzes dargelegt. Es wird ausdrücklich auf die präventive Gesundheitsfürsorge als Schwerpunkt der werksärztlichen Tätigkeit hingewiesen. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

- a) Die Verrichtung ärztlicher Untersuchungen bei der Einstellung des Arbeiters
- b) die Verrichtung periodischer Untersuchungen von Arbeitern, die infolge der Ausübung ihrer Tätigkeit besonderer Gefahr für die Gesundheit ausgesetzt sind
- c) die Verrichtung von Untersuchungen von Arbeitern, anders als unter a) und b) bezeichnet

- d) Empfehlungen einreichen zwecks Verhütung von Berufskrankheiten
- e) Unfallbekämpfung
- f) die Mitarbeit bei der Rehabilitation
- g) die Mitarbeit an der Abwehr und an der Bekämpfung schädlicher Einflüsse, denen die Arbeiter infolge ihrer Arbeit ausgesetzt sein können, wie schädliche Dämpfe, Gase, Staub oder schädliche Strahlen
- h) die Überwachung der Verhältnisse, unter denen gearbeitet werden muß, wie Temperatur, Feuchtigkeit, Luftbewegung, Staub, Beleuchtung, Lärm und Sauberkeit
- i) die Überwachung schädlicher Einflüsse, denen die Arbeiter infolge der Art ihrer Arbeit, ihrer Arbeitszeiten, ihrer Arbeitsumgebung oder des Arbeitstempos ausgesetzt sein können, sowie Einflüsse infolge Schichtarbeit, Akkordarbeit oder der Automatisierung des Produktionsprozesses
- j) die Mitarbeit zwecks Förderung guter Arbeitsverhältnisse im Betrieb
- k) die Abhaltung betriebsärztlicher Sprechstunden
- l) Unfallhilfe, Hilfe in Krankheitsfällen, die Einreichung von Empfehlungen zwecks Organisation von Unfallstationen und Einstellung des dazu notwendigen Personals sowie die Ausbildung und Einweisung dieses Personals
- m) die Mitarbeit an der Durchführung von Arbeitsanalysen
- n) die Mitarbeit an der Bekämpfung des Absentismus durch Krankheit
- o) das Auftreten als medizinischer Berater für Sozialeinrichtungen und -anstalten
- p) die Abfassung sonstiger Empfehlungen und die Verrichtung anderer Tätigkeiten, die dem in diesem Abschnitt verfolgten Ziel nützlich sein können

Die Anerkennung des Betriebsgesundheitsdienstes durch das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Volksgesundheit ist laut Art. 8 a, Abschn. 2 notwendig und wird verliehen, wenn die oben angeführten Tätigkeiten a, b, d, e, f, g, h, i, k, l in dem betreffenden Betrieb durchgeführt werden. Der Antrag auf Anerkennung als werksärztlicher Dienst sieht folgendermaßen aus:

- 1) Name der Fabrik oder Werkstatt
.....
- 2) Name und Adresse des Unternehmens, zu dem die Fabrik oder die Werkstatt gehört
.....
- 3) Wie groß ist die Zahl der Arbeitnehmer der Fabrik oder der Werkstatt (Büropersonal nicht mitgerechnet)
.....
- 4) Hat die Fabrik oder Werkstatt einen werkärztlichen Dienst oder ist sie einem angeschlossen? ja
nein
- 5) a Wenn ja, wann wurde der werkärztliche Dienst eingerichtet?
b Wenn nein, wann soll er eingerichtet werden?
- 6) Name des werkärztlichen Dienstes
.....
- 7) Ist ein betriebeigener Dienst vorhanden oder ist der Betrieb an einen gemeinsamen Dienst angeschlossen?
.....
- 7) a Ist eine Rechtsperson mit der Verwaltung des gemeinsam betriebenen werkärztlichen Dienstes betraut nach Abschn.3, Art. 8 a des Gesetzes vom 19. Februar 1959 (Werksgesundheitsfürsorgegesetz)
- 8) Welche von den unten aufgeführten Aufgaben wurden durch den betriebsärztlichen Dienst in zufriedenstellender Weise gelöst?
(angeben oder anstreichen)
 - a) Die Durchführung von Einstellungsuntersuchungen
 - b) Die Durchführung von Wiederholungsuntersuchungen bei gesundheitlich besonders gefährdeten Arbeitern
 - c) die Mitarbeit an der Vermeidung und Bekämpfung schädlicher Einflüsse, denen die Arbeiter infolge ihrer Arbeit ausgesetzt sein können, wie schädliche Dämpfe, Gase, Staub oder schädliche Strahlen
 - d) die Überwachung der Verhältnisse, unter denen gearbeitet wird wie Temperatur, Feuchtigkeit, Luftbewegung, Staub, Beleuchtung, Lärm und Sauberkeit

- e) die Überwachung schädlicher Einflüsse, denen die Arbeiter infolge der Art ihrer Arbeit, ihrer Arbeitszeiten, ihrer Arbeitsumgebung oder des Arbeitstempos begegnen können, sowie Einflüsse infolge Schichtarbeit, Akkordarbeit oder der Automatisierung des Produktionsvorganges
- f) das Erteilen von Anordnungen zur Vermeidung von Berufskrankheiten
- g) die Unfallverhütung
- h) die Mitarbeit bei der Rehabilitation
- i) das Abhalten einer betriebsärztlichen Sprechstunde
- j) die Erstbehandlung bei Unfall und Erkrankung, die Erteilung von Empfehlungen zur Organisation von Unfallstationen und zur Einstellung des dafür benötigten Personals, sowie die Ausbildung und Einweisung des Personals

9)	Name des Betriebsarztes (oder -ärzte)	Geb.datum	als Betriebsarzt tätig seit	hauptber. nebenber.	betriebsmed. Ausbildung
					
					
					

9a) Falls nebenberuflich tätig, welcher Arbeit geht er sonst nach?

*10) Wieviel Betriebsärzte haben den Werksgesundheitsdienst seit seiner Einführung verlassen?

- a) wegen Pensionierung
- b) aus anderen Gründen

11) Ärztliches Hilfspersonal: Personen
 Ausbildung:

12) Verwaltungspersonal: Personen

13) Worin besteht die Einrichtung des Betriebsgesundheitsdienstes?
 (Untersuchungsräume, Instrumentarium usw.)
 (auszufüllen gemäß den diesbezüglichen Richtlinien)

- 14) Wie ist die räumliche Beschaffenheit des Betriebsgesundheitsdienstes?
(auszufüllen gemäß den diesbezüglichen Richtlinien)
 - 15) Wenn kein betriebsärztlicher Dienst vorhanden, besteht irgendeine betriebsärztliche Versorgung? (z.B. durch den Hausarzt, der einige Stunden in der Woche kommt, Sprechstunde hält, medizinisch-hygienische Anweisungen gibt usw.)
 - 16) Ist irgendein betriebsärztlicher Dienst gemäß Art. 80, O.W. 1921 an die Fabrik oder die Werkstatt gebunden? Ja/nein
 - 17) Besteht irgendeine Kombination zwischen einem eigenen und einem gemeinsam betriebenen Betriebsgesundheitsdienst? ja/nein
 - 18)a) Werden Routineuntersuchungen durchgeführt? ja/nein
b) Wenn ja, wieviel Zeit wird insgesamt dafür aufgewendet?
c) Sind außer dem Arzt noch andere Kontrollpersonen in die Untersuchungen eingeschaltet? ja/nein
 - 19) Haben Sie den Eindruck, daß die ärztliche Schweigepflicht und Selbständigkeit des Betriebsarztes gewahrt wurde und daß er sich nicht in den Zuständigkeitsbereich des Hausarztes begab und sich nach der Diagnosestellung der weiteren Behandlung enthielt, die in den Bereich der Gesundheitsfürsorgeanstalten oder ähnlicher Einrichtungen fällt?
 - 20) Anmerkungen
-

Die Anerkennung kann jederzeit durch Verfügung unter Angabe der Gründe widerrufen werden.

In den Erläuterungen zum Art. 8 c wird als Ziel der Bemühungen des werksärztlichen Dienstes das Anpassen des Menschen an die Arbeit und der Arbeit an den Menschen bezeichnet. Ein gut funktionierender Dienst muß dazu beitragen, daß der "richtige Mann an den richtigen Platz gelangt".

Ähnlich wie in der BRD fällt die Heilbehandlung (im vorangegangenen Antrag schon erwähnt) in den Zuständigkeitsbereich des Hausarztes des Arbeiters, es sei denn, der Hausarzt wünscht ausdrücklich die Behandlung durch den betriebsärztlichen Dienst (Art. 8 d).

Laut Art. 8 e ernennt der Minister für soziale Angelegenheiten und Volksgesundheit die Mitglieder des beschriebenen Beistands- und Beratungskollegiums

für Betriebsmedizin. Das Kollegium hat die Pflicht, dem Minister Gutachten abzugeben und Vorschläge zur Förderung der Betriebsmedizin zu machen. Es überreicht ihm auch Gutachten über Anträge auf Anerkennung von Betriebsgesundheitsdiensten und über die Widerrufung einer Anerkennung. Die Mitglieder des Kollegiums werden für höchstens vier Jahre ernannt. Den Vorsitz hat der medizinische Berater bei der Arbeitsinspektion.

2.332 Arbeitsmedizinische Ausbildung an Hochschulen

Im Jahre 1870 gründete Prof. ROYS in Amsterdam das erste Hygienische Institut, 1932 entstand unter der Leitung von Professor QUERDO eine sozialmedizinische Abteilung und seit 1958 besteht in Amsterdam der erste und einzige Lehrstuhl für Arbeitsmedizin in den Niederlanden, und zwar am Arbeitsmedizinischen Institut der Universität, dem CORONEL-Laboratorium. Seit Januar 1965 ist Prof. ZIELHUIS Leiter des CORONEL-Laboratoriums und zählt vier Ärzte und einen Chemiker zu seinen Mitarbeitern.

Anders als in der BRD und in Schweden ist hier die arbeitsmedizinische Vorlesung für Medizinstudenten über zwei Semester Pflichtvorlesung, jedoch nur in Amsterdam im medizinischen Examen Prüfungsfach.

Die arbeitsmedizinischen Vorlesungen werden unterteilt in:

- 1. Semester: 6 Std. Arbeitsphysiologie
- 2 " Arbeitstoxikologie
- 2 " Allgemeine Gewerbehygiene
- 1 " Lärmprophylaxe
- 2 " über Organisationsfragen der Arbeitsmedizin
ferner über Luftverunreinigung

- 2. Semester: 1 Std. Einführungsvorlesung
- 1 " Ergonomie
- 2 " Nahrungsmittelhygiene
- 5 " Berufskrankheiten, davon 1 Std. über Herz-
krankheiten und 1 Std. über Pneumokoniosen
- 1 " Berufsanamnese

Insgesamt sind 25 Vorlesungsstunden für dieses Fach vorgesehen.

2.333 Arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werkstrzten

Seit 16 Jahren werden in Leyden in zwei Kursen von zusammen neun Monaten Dauer Ärzte auf ihre Tätigkeit als Werkstrzte vorbereitet. Seit einigen Jahren liegt die staatliche Anerkennung der Schule vor.

Kürzlich ist auch an der katholischen Hochschule in Nijmegen eine Akademie zur Ausbildung von Werkärzten gegründet worden, die auch die staatliche Anerkennung besitzt. Während in Leyden ganztätig unterrichtet wird und die Kurse den Stoff zusammenhängend vermitteln, wird in Nijmegen nur einige Stunden an einem Tag in der Woche geschult. Das hat zur Folge, daß sich hier der Kurs über sehr viel längere Zeit hinzieht. Dr. BONJER, der Leiter der Abteilung Arbeitsmedizin in Leyden, hält diese Methode für nicht gut, da sich gezeigt habe, daß eine komprimierte Ausbildung wirkungsvoller ist.

Der erste Kurs in Leyden (a-Kurs oder Basiskurs: Sozialheilkunde) dauert vier Monate. Im Winter 1965/66 lief er beispielsweise von Mitte September bis Mitte Januar. Er wurde an Hand folgender Themenkreise durchgeführt:

	<u>Stundenzahl</u>
1) Allgemeine Einleitung	6
2) Struktur und Funktionsweise der Gesundheitsfürsorge	60
3) Erforschung der gesundheitsbeeinflussenden Milieufaktoren physischer, chemischer und biologischer Art	25
4) Epidemiologie, Demographie und Statistikführung	85
5) Sozial- und Verhaltenswissenschaften in der Gesundheits- fürsorge	42
6) Besprechung	8
das sind insgesamt Unterrichtsstunden	226
(1 Unterrichtsstunde = 1 3/4 Std.)	

Da eine ausführliche Wiedergabe der Unterthemen im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, möchte ich nur den Themenkreis 3 näher beschreiben. Zum Thema der Erforschung der gesundheitsbeeinflussenden Milieufaktoren wurden die nachfolgenden Vorlesungen und Kursstunden abgehalten:

- 1) Übersicht über die Milieufaktoren
- 2) Nahrungshygiene
- 3) Luftverunreinigung und Lufthygiene
- 4) Trinkwasserversorgung und Abwasserbereitung
- 5) Strahlengefahren und Strahlenhygiene
- 6) Lärm und Temperatur am Arbeitsplatz
- 7) Exkursion: B.I.V.
- 8) Exkursion: R.O.T.E.B.
- 9) Exkursion: kommunaler Bau- und Wohnungsdienst

Nach Abschluß des Basiskurses besteht die Auswahl zwischen drei Fortbildungskursen: dem für allgemeine Gesundheitsfürsorge, für Betriebsgesundheitskunde oder für Jugendgesundheitsfürsorge. Für die Ausbildung als Werkarzt kommt dementsprechend der zweite in Betracht, der ca. fünf Monate dauert. Der Stoff ist wie bei Kurs a) in verschiedene Gebiete gegliedert und soll hier der Wichtigkeit halber als vollständiges Kursprogramm wiedergegeben werden:

	<u>Stundenzahl</u>
1) <u>Betriebsleben</u>	11
Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Organisation	
Betriebsorganisation	
Methoden der Organisation	
Arbeitsanalyse	
Entlohnung	
Berufswahl	Aufgabe und Funktion des
Personalauswahl	Betriebspsychologen
Personalführung	Aufgabe und Funktion der
	betriebsgesellschaftl. Tätigkeit
2) <u>Gesetzlicher Rahmen</u>	8
Sozialversicherungsgesetzgebung	
Arbeitsunfähigkeitsversicherung	
Arbeits- und Sicherheitsgesetzgebung	
Aufgabe und Funktionsweise der Arbeitsinspektion	
Das Beistands- und Beratungskollegium für Betriebsgesundheitskunde	
3) <u>Physiologische, psychologische und soziologische Aspekte der Beziehungen zwischen Mensch und Arbeit</u>	30
Einführung in die Arbeitsphysiologie	
Physiologische Grundlagen	
Muskel- und Nervensystem	
Blutkreislauf	
Atmung, Stoffwechsel	
Belastung und Belastbarkeit, Einführung	
Arbeitsbelastung	
Zeit- und Bewegungsanalyse	
Belastbarkeit	
Relation: Belastung-Belastbarkeit	
Praktische Durchführung	
Die Bedeutung der Physiologie und Anatomie für die Ergonomie	
Psychologie in der Industrie	
Soziologische Aspekte	
Störungen in der Beziehung Mensch-Arbeit	

4) Physische und chemische Aspekte des Arbeitsmilieus	18
Klima und Klimamessung	
Arbeiten bei hohen und niedrigen Temperaturen	
Arbeiten bei hohem und niedrigem Druck	
Beleuchtung und visuelle Wahrnehmung	
Schall und Schallmessung, Gehör	
Lärm	
Lärmschutz	
Radioaktivität	
Feste Stoffe, Gase und Dämpfe	
5) Pathologie und Epidemiologie	44
Toxikologie	Tuberkulose
Pneumokoniosen	Diabetes
Hautkrankheiten	Andere medizin. Probleme
Traumatologie	Arbeitsausfall durch Krankheit
Rückenbeschwerden	
6) Der Betriebsgesundheitsdienst	24
Entwicklung der Arbeits- und Betriebsheilkunde in den Niederlanden und im Ausland	
Organisation eines betriebsärztlichen Dienstes	
Aufgabe und Funktion des Betriebsarztes	
Medizinisch-hygienische Betriebsinspektion	
Sicherheit	
Beurteilung der Arbeitsfähigkeit	
bei Neueinstellung	
nach Krankheit	
von gesundheitlich Geschädigten. Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Betrieb	
Exkursion: Rehabilitationszentrum S.V.B.	
Periodische ärztliche Untersuchungen	
Betriebsärztliche Sprechstunde	
Spezielle Aufmerksamkeit gegenüber aktuellen Problemen	
Jugendliche	
Alternde	
Weibliche Arbeitnehmer	
Ausländische Arbeitskräfte	
Schichtarbeit	
Administration , Statistik, Information, Planung	
7) Besprechung	7
Literatur und Dokumentation	
Auswertungsbesprechungen	
Besprechung zur Abschlusarbeit	
8) Exkursionen	10

2.34 Niederländisches Institut für vorbeugende Medizin

Zentrum für die gesamte Forschung auf dem Gebiet der prophylaktischen Medizin ist das Niederländische Institut für vorbeugende Medizin in Leyden (gegr. 1929). Es ist in sieben wissenschaftliche Abteilungen gegliedert:

- 1) Arbeitsmedizin (seit 1953)
- 2) Volksgesundheit
- 3) Psychohygiene
- 4) physikalisch-chemische Abteilung
- 5) Statistik
- 6) Information (bibliothek)
- 7) medizin. Mikrobiologie und Influenza-Team

Die arbeitsmedizinische Abteilung unterscheidet in ihrem Bereich wiederum fünf Arbeitsgebiete:

- 1) Arbeitspathologie
- 2) Hitzephysiologie
- 3) Audiologie
- 4) Angewandte Physiologie (seit 1941)
- 5) physische Arbeitskapazität

(Nederlande Instituut voor Praeventive Geneeskunde,
Leyden, Wassenarseweg 56)

Besondere Anstrengungen werden zur Zeit auf dem Gebiet der Lärmprophylaxe gemacht. Mit Hilfe eines Filmes über Lärmschwerhörigkeit, der zur Belehrung der Arbeiter in den Betrieben gezeigt wird, sind nach den Erfahrungen der audiologischen Abteilung gute Erfolge hinsichtlich des Tragens von Gehörschutzmitteln erzielt worden. Besonders bei bereits geschädigten Arbeitern fielen die Empfehlungen zur Anwendung lärmschützender Mittel auf fruchtbaren Boden.

In Leyden wird keine Auftragsforschung, sondern Grundlagenforschung betrieben, ähnlich wie im bundesdeutschen Max-Planck-Institut. Gutachten werden nur erstellt, wenn das Problem von allgemeinem Interesse ist. Das Institut betreibt aber auch angewandte Arbeitsmedizin. Nach seinen Angaben verbringen die Mitarbeiter die Hälfte ihrer Arbeitszeit in den Betrieben selbst.

Weder in Leyden, noch in Nijmegen muß nach Beendigung der Kurse ein Examen abgelegt werden. Jedoch sind für den b-Kurs im Fach Arbeitsmedizin drei schriftliche Arbeiten mit erheblichem Schwierigkeitsgrad anzufertigen. Eine Arbeit allgemein über den arbeitsmedizinischen Dienst, die

zweite als Bericht über eine Betriebsbegehung, womit der künftige Werksarzt nachweisen soll, daß er zu einer fachgerechten Betriebsbegehung und Beurteilung der wesentlichen Einzelheiten in der Lage ist, ähnlich wie bei den Besichtigungen durch das Gesundheitsamt, die unter den Aspekten "Ortschaftshygiene" und "Lebensmittelhygiene" in Westdeutschland vorgenommen werden müssen.

Die dritte Arbeit hat die Form einer Studie, und zwar über ein Teilgebiet der Arbeitsmedizin, auf dem der Kandidat besondere Erfahrungen besitzt.

Von den rund 13000 in den Niederlanden registrierten Ärzten sind 4000 als Hausärzte, 4000 in Kliniken und der Rest im Staatsdienst, in Verbänden und als Werkärzte tätig. Es gibt ca. 250-300 hauptberufliche Werkärzte, dagegen ist die Zahl der nebenberuflich tätigen Werkärzte nicht bekannt.

Im Jahre 1965 gab es in den Niederlanden 32 kombinierte betriebsmedizinische Dienste, denen 385 Betriebe angehörten, von denen aber lediglich 67 zum Anschluß verpflichtet waren. Die Anzahl der Unternehmen, die laut Gesetz einen eigenen betriebsärztlichen Dienst haben oder einem anderen angeschlossen sein mußten, betrug 142 (H. J. MULDER).

2.35 Beispiele für Betriebsgesundheitsdienste

2.351 Philips-Werke Eindhoven

Der Gesundheitsdienst der Philips-Werke in Eindhoven und der übrigen Zweigwerke kann in seiner Organisation, seiner Großzügigkeit und seiner intensiven, umfassenden ärztlichen Versorgung der Arbeitnehmer nicht nur für die Niederlande als vorbildlich bezeichnet werden. Die Belegschaftszahl der Philips-Werke betrug im Jahre 1964 insgesamt 250000, einschließlich aller Zweigwerke. Davon waren 85000 in den Niederlanden, und wiederum davon 45000 allein in Eindhoven beschäftigt.

Für den Philips-Gesundheitsdienst besteht eine Zentrale, die ihren Sitz in Eindhoven hat und von der aus der weltweite medizinische Dienst gesteuert wird. Unter der Leitung eines Direktors (Dr. FORTUIN) und eines stellvertretenden Direktors (Dr. HOGERZEIL) stehen sieben Abteilungen des Gesundheitsdienstes mit einer Reihe verschiedener Arbeitsgebiete:

- 1) Kurative Heilkunde (Dr. BERGER, Dr. KOOPMANN)
 - Hausärztlicher Dienst
 - Unfalldienst
 - Zusammenarbeit mit der Apotheke
 - Behandlung Arbeitsunfähiger

- 2) Prävention und Aufklärung (Dr. HOGERZEIL)
 - Allgemeine Prävention und Epidemiologie
 - Gesundheitsüberwachung
 - Behandlung von Ernährungsfragen
 - Geburtshilfedienst
 - Säuglingsfürsorge
 - Zahnärztliche Versorgung
 - Periodische Untersuchungen
 - Hauptuntersuchung
 - Betriebsbegehung
- 3) Spezialabteilungen (Dr. FORTUIN)
 - Röntgenabteilung
 - Lungenabteilung
 - Rehabilitation und physische Heilkunde
 - Cardiologie
 - Kontakt mit der Gesundheitsüberwachung
 - Klinisches Laboratorium
 - Zentrale Registration und Statistik
 - Bibliothek
- 4) Betriebsgesundheitsdienst Niederlande (Dr. WESSELDIJK,
Dr. de MOOIJ)
 - Betriebsärztedienst
 - Betriebshygienisches Laboratorium
 - Toxikologie
 - Ionisierende Strahlen
 - Lärmbekämpfung
 - Klima
 - Ärztliche Psychologie
 - Ergonomie
 - Funktionsuntersuchungen
 - Untersuchungen zwecks Erholungsverschickung
- 5) Personal- und Haushaltsdienst (Mej. DIJKSTRA)
- 6) Finanzen (Dr. BERGER)
- 7) Betriebsgesundheitsdienst außerhalb der Niederlande
(Dr. NETELENBOS)

Der Personalbestand im Eindhovener Gesundheitsdienst betrug 1964 insgesamt 195 Personen, von denen 178 fest angestellt waren. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über das beschäftigte Personal:

	<u>hauptberufl.</u>	<u>nebenberufl.</u>
Hausärzte	16	
Betriebsärzte	9	1
Übrige Ärzte und Psychologen	13	9
Ingenieure	1	
Hebammen	3	
Heilgymnasten und Masseure	4	2
Diätisten	3	
Statistiker	1	
Analytiker und Techniker	30	1
Werksschwester	27	
Krankenpfleger	8	
Hilfsschwester	29	
Verwaltungspersonal	27	3
Pförtner	4	
Hauswirtschaftspersonal	3	1
	178	17
zusammen		
	195	Personen

Kurative Gesundheitsfürsorge

Hausärzte

Wie aus obiger Tabelle hervorgeht, hält sich der Philips-Gesundheitsdienst nicht nur Werksärzte, die die Erstbehandlung vornehmen, sondern auch gleich die Hausärzte für die weitere Heilbehandlung der in Eindhoven wohnenden Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen. Die nachstehende Zusammenstellung zeigt die zahlenmäßige Verteilung der Versicherten auf die Hausärzte und seine Inanspruchnahme:

	<u>1962</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>
Anzahl der in Eindhoven wohnenden und bei der Ph.-Krankenkasse versicherten Arbeiter	40821	39384	39002
Anzahl der vollbeschäftigten Hausärzte	15	15	15
Auf jeden Hausarzt im Schnitt fallende Zahl von Versicherten	2721	2626	2600
Zahl der Sprechstundenbesuche	117743	115225	115183
Durchschnitt pro Sprechstunde	30	30	29
Zahl der Hausbesuche	26455	28124	27985

40% der Versicherten besuchen jährlich einen Facharzt. Der Hausarzt muß sich in zunehmendem Maße mit sozialen Problemen befassen, dagegen nimmt die Zahl der kleinen von ihm durchgeführten chirurgischen Eingriffe mehr und mehr ab und werden vom Chirurgen (hier Unfallarzt) übernommen. Immer eindeutiger bekommt der Hausarzt eine koordinierende und interpretierende Aufgabe, indem er sich bei der Diagnosestellung und bei der Therapie der von anderen Spezialisten angefertigten Hilfsmittel wie Röntgenfotos, EKG's, Laboruntersuchungsergebnissen, psychologischer Tests oder Hinweise, Funktionsprüfungen usw. bedient. Durch engen Kontakt mit den Betriebsärzten und mittels Besuchen nimmt der Hausarzt Kenntnis von den medizinischen Problemen an den Arbeitsplätzen.

Der Unfalldienst

Da der Anteil der im eigenen Gesundheitsdienst versorgten Unfälle stark gewachsen war und der Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde, mußte im Jahre 1964 ein zweiter Unfallarzt angestellt werden.

An registrierten und vom Unfallarzt behandelten Unfällen gab es im Bezugsjahr 1964:

		davon mit Arbeitsausfall		
	Unfälle insgesamt	9637	2040	21%
davon	Verkehrsunfälle	1819	487	26%
	Hand, Finger, Handgelenk	7001	1054	15%

Die am häufigsten beobachtete Lokalisation der Verletzungen war die an den Händen mit 71%, und bei 50% waren sie mit völliger Arbeitsunfähigkeit verbunden. Zwei tödliche Unfälle wurden registriert, einer durch Verkehrsunfall und der andere durch Ertrinken, also beide außerhalb des Werkes. Kleine chirurgische Eingriffe wurden in 559 Fällen durchgeführt.

Die zunehmende Dezentralisierung der Fabrikgebäude machte die Einrichtung zahlreicher Unfallstationen notwendig, welche von einem "reisenden" Pfleger beaufsichtigt werden. Man hofft, daß die Räume der Poliklinik im Jahre 1965 erweitert werden und eine zweite Ambulanz bewilligt wird.

Werksapotheke

Die vor einem Jahr eingerichtete betriebseigene Apotheke ist mittlerweile voll funktionsfähig. Es werden nur Rezepte von Versicherten einer einzigen Krankenkasse eingelöst. Wenn die Arzneimittelkosten eines Arbeitnehmers innerhalb eines Jahres um mindestens 23% steigen, versucht man, die Ursache dafür zu ergründen.

Der Verbrauch von Antibiotika verursacht ungefähr ein Drittel der Gesamtkosten; Psychopharmaka sind die am meisten verschriebenen Mittel und ihr Verbrauch ist von 8800 Einheiten pro 1000 Arbeiter im Jahre 1962 auf 16300 im Jahre 1964 gestiegen. Merkwürdigerweise nimmt der Verbrauch von Insulin und antidiabetischen Medikamenten auch stetig zu. Ob das an einer besseren Diagnosestellung oder an einer bevölkerungsmäßig anderen Zusammensetzung der Arbeitnehmerschaft liegt, ist unbekannt.

Anti-Thrombosebehandlung

Zwar besitzt der Gesundheitsdienst Eindhoven keinen getrennten Dienst für die Thrombosebehandlung, die Kontrolle der anbehandelten Patienten jedoch wird im eigenen Laboratorium, und für die Patienten zu Hause vom St. Joseph-Krankenhaus durchgeführt. Alle Patienten sind in einer besonderen Kartei erfaßt, und noch nach fünf Jahren sind 50% der Thrombosepatienten in Behandlung. Von allen Thrombose-Erkrankungen machten die Myokard-Infarkte 50% aus, an Angina pectoris litten 15% und an Arteriosklerose der peripheren Gefäße 10% der Patienten.

Einstellungsuntersuchungen

Die Zahl der Einstellungsuntersuchungen hat sich von 7672 im Jahre 1963 auf 9826 im Jahre 1964 erhöht. Da die Belegschaftszahl aber in diesem Zeitraum keiner Veränderung unterlag, muß die Zunahme der Untersuchungen in einer vermehrten Fluktuation begründet gewesen sein.

Nur 76% der Einstellungsuntersuchungen hatten auch die Einstellung der Untersuchten zur Folge, sei es, daß sie ihre Bewerbung zurückzogen oder sei es, daß sie von anderen Instanzen des Betriebes auf Grund der Untersuchungsergebnisse abgelehnt wurden. Von den für arbeitsfähig befundenen Neueingestellten aller Philips-Betriebe bekamen im Jahre 1964 12,8% den Zusatz "eingeschränkt arbeitsfähig". Das Ergebnis der 9826 Einstellungsuntersuchungen in Eindhoven sieht folgendermaßen aus:

arbeitsfähig	
ohne Einschränkung	86,2%
mit Einschränkung	9,4%
(augenblicklich oder überhaupt	
arbeitsunfähig)	2,4%
nicht feststellbar (es sind z.B. nicht alle	
Untersuchungsergebnisse vorhanden)	1,9%
	99,9%

Die prozentuale Zusammensetzung in den übrigen Zweigwerken der Niederlande ist stark unterschiedlich. In Rosendaal/Terneuzen liegt der Anteil der uneingeschränkt arbeitsfähigen Arbeitnehmer bei 61,4%, in Sittard, Heerlen und Heer dagegen bei 90,5%.

Was die Entscheidung über Arbeitstauglichkeit betrifft, so sind die Ärzte nicht an starre ärztliche Vorschriften gebunden. Ihnen ist durchaus die Möglichkeit gegeben, das Untersuchungsmaterial unter den verschiedensten Gesichtspunkten auszuwerten und mit anderen Ärzten zu besprechen. Jugendliche, die eine bestimmte Berufslaufbahn einschlagen wollen, werden zusätzlich auf die Fähigkeit hin geprüft, technischen Unterweisungen zu folgen, und später an den Ausbildungswerkplätzen geschieht dasselbe. Dadurch wird weitgehend die Wahl eines falschen Berufes vermieden, fordert aber auch von den Werksärzten die genaue Kenntnis der für einen Arbeitsplatz gestellten Anforderungen und der auftretenden Risiken.

Abschließend zum Thema Einstellungsuntersuchungen möchte ich den Wortlaut des Fragebogens wiedergeben, der von allen Bewerbern vor der ärztlichen Untersuchung ausgefüllt werden muß:

Fragebogen

Deutlich und wahrheitsgemäß ausfüllen

Zu- und Vorname:

Wohnort u. Str.

Geburtsdatum:

Hausarzt mit Adresse:

Nachfolgende Fragen sind mit ja oder nein zu beantworten

Fragen	ja oder nein	Zusätzliche Bemerkungen
1) Fühlen Sie sich z.Zt. gesund?		
2) Sind Sie in letzter Zeit krank gewesen?		
3) Wenn ja, wie lange waren Sie arbeitsunfähig bzw. bettlägerig?		
4) Sind Sie körperbehindert?		
5) Haben Sie einen ruhigen Schlaf?		
6) Haben Sie guten Appetit?		
7) Ist Ihr Stuhlgang regelmäßig?		
8) Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen?		

- 8) Haben Sie im letzten Halbjahr an Gewicht abgenommen? (um mehr als 2 1/2 kg?)
- 9) Stehen Sie oder ein Familienmitglied unter ärztlicher Beobachtung?
- 10) Sind Sie schon einmal operiert worden?
In welchen Jahren und weshalb?
- 11) Sind Sie jemals in einem Krankenhaus, Sanatorium, in einer Nervenanstalt oder dergleichen in Pflege gewesen?
Wenn ja, in welchem Jahr und wie lange?
- 12) Haben Sie einen Unfall gehabt?
- 13) Hat bereits einmal eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen? Wenn ja, weshalb und wann?
- 14) Haben Sie früher einmal oder in letzter Zeit aus Gesundheitsgründen Ihren Beruf wechseln müssen?
- 15) Haben Sie eine Gehirnerschütterung gehabt?
Wenn ja, in welchem Jahr?
- 16) Leiden Sie an epileptischen Anfällen?
- 17) Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?
- 18) Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen?
an Schwindel- oder Tobsuchtsanfällen?
- 19) Haben Sie Ohrenläufe (Eiterabsonderung aus dem Ohr) re., li. oder beiderseits?
Haben Sie eine Ohroperation gehabt?
Wenn ja, wann?
- 20) Bekommen Sie bei anstrengender Tätigkeit Atembeschwerden? (Beim Treppensteigen, Schnelllaufen, Radfahren gegen den Wind)
- 21) Sind Ihre Füße oder Fußgelenke abends stark geschwollen, so daß sich, wenn Sie darauf drücken, kleine Vertiefungen bilden?
- 22) Leiden Sie an chronischen Hustenanfällen?
Und an Auswurf?
- 23) Leiden Sie an Atemnot-Anfällen? Pfeifen oder Giemen auf der Brust?
(Asthma, asthmatische Bronchitis)
- 24) Sind Sie häufig erkältet? (z.B. mehrmals im Jahr, mit Halsschmerzen, entzündeten Mandeln, Bronchitis)
- 25) Ist jemals Eiweiß oder Zucker in Ihrem Urin nachgewiesen worden?
- 26) Leiden Sie an übermäßigem Harndrang?
Müssen Sie nachts zweimal oder des Öfteren auf die Toilette?

- 27) Haben Sie jemals Blut in Ihrem Urin festgestellt?
- 28) Haben Sie manchmal Schmerzen beim Wasserlassen?
- 29) Haben Sie im Verlauf der letzten zwei Jahre an Gallen- oder Nierensteinanfällen oder an anderen heftigen Schmerzen in der Bauchgegend gelitten?
- 30) Haben Sie irgendwelche Magenbeschwerden? (Magensäure, Magenschmerzen, Krämpfe, wiederholtes Erbrechen oder Übelkeit)
- 31) Leiden Sie an Verdauungsstörungen?
- 32) Leiden Sie an einem Bruch? (z.B. Leistenbruch)
- 33) Leiden Sie an Hämorrhoiden?
- 34) Haben Sie Krampfadern?
- 35) Leiden Sie oft an Hautausschlag oder störendem Jucken?
- 36) Haben Sie chronische Schmerzen in den Muskeln oder Gelenken?
- 37) Sind Sie jemals beim Militär gewesen? In welcher Zeit?

Wahrheitsgemäß ausgefüllt

....., den. 19..

.....
(Unterschrift)

Die werksärztliche Sprechstunde

In Eindhoven wird täglich von acht Ärzten Sprechstunde gehalten, und jeder von ihnen ist für einen bestimmten Teil des Betriebes zuständig. In den weiter entfernten Werksabschnitten Eindhovens hält der entsprechende Werksarzt vorläufig einmal in der Woche Sprechstunde ab. An Konsultationen fanden statt:

	<u>1963</u>	<u>1964</u>
insgesamt	9783	9217
auf 1000 Arbeitnehmer bezogen	257	239
neue Fälle	32%	33%
durchschnittliche Zahl von Konsultationen pro Patient	2,2	2

Immer mehr Patienten kommen aus eigener Initiative in die Sprechstunde. Ihr Anteil an der Gesamtzahl beträgt rund 50%.

Besondere Beachtung schenkt der Werksarzt der körperlichen und geistigen Verfassung eines neuen Patienten und auch den Bedingungen, unter denen er seiner Arbeit nachgeht. In 12% aller Fälle waren die Arbeitsplatzbedingungen oder die Arbeit selbst Anlaß zum Besuch der Sprechstunde, wohingegen rund 60% auf Grund gesundheitlicher Veränderungen den Werksarzt aufsuchten.

Periodische Untersuchungen

Die Gesundheit der Arbeiter, die biologisch gefährlichen Stoffen ausgesetzt sind, wird prinzipiell auf zwei Arten überwacht. Ersten durch Messungen an den Arbeitsplätzen, zu denen die größte Exposition schädlicher Einflüsse erwartet werden kann, und zweitens durch periodische Untersuchungen der Personen, die diesen Einflüssen ausgesetzt sind. Rund 2400 Arbeiter kommen für derlei Untersuchungen in Frage. Akute oder chronische Intoxikationen wurden im Jahre 1964 dank der Vorsorgemaßnahmen in keinem Falle festgestellt.

Betriebshygienisches Laboratorium

Drei chemische Analytiker untersuchen in dem betriebshygienischen Laboratorium die durch Anweisungen der Betriebsärzte von zwei Assistenten gesammelten Proben sowie die Proben aus 21 umliegenden Zweigwerken, für deren Herbeischaffung ein PKW zur Verfügung steht.

Eine große Anzahl Proben wird mit dem "Personal-Monitor" genommen, einem Gerät in Taschenformat mit einer durch eine Batterie gespeisten Pumpe, die von den Arbeitern während der Arbeit getragen wird. Der Filterkopf wird dicht am Kopf des Arbeiters an der Kleidung befestigt. Dabei wurde festgestellt, daß mit dieser Methode höhere Konzentrationen registriert wurden als mit den herkömmlichen, wo man die Luft in einem Abstand vom Arbeiter zur Analyse entnahm. Man erklärt sich die Erscheinung damit, daß Kleidung und Kopfhare des Exponierten eine Art Speicher für gewisse Stoffe darstellen und dem Monitor die erhöhten Konzentrationen liefern.

Mit Hinblick auf die steigenden Anforderungen des Betriebes werden neue Methoden zur Luftkonzentrationsbestimmung von Pikrinsäure, Tetrachloräthan, Monochlorbenzol, Azeton und Butan ausgearbeitet. Die Methoden zur Bestimmung von Dimethylformamid-, Blausäure, Toluoldiisocyanat und Estern in der Luft und von Kadmium im Urin werden verbessert. Ein neues Verfahren zur Bestimmung von Trichloräthanol im Urin wird eingeführt.

Eine Vielzahl anderer Analysen wird noch vom betriebseigenen Laboratorium durchgeführt, die ich hier nicht alle beschreiben kann.

Ansteckende Krankheiten und Immunisation

Im Jahre 1964 wurden in allen Philips-Betrieben der Niederlande insgesamt 19000 Arbeitnehmer gegen Influenza geimpft. Für die Betriebsangehörigen, die in tropische und subtropische Länder geschickt werden sollen, finden Impfungen gegen z.B. Gelbfieber statt. Hiervon machten im Bezugsjahr 398 Personen Gebrauch. Außerdem wurden 58 Erstimpfungen gegen Pocken vorgenommen.

Betriebsmedizinische Arbeitsgruppen

Innerhalb des Betriebsgesundheitsdienstes haben sich einige Arbeitsgruppen herausgebildet, die jede für sich ein bestimmtes Aufgabengebiet bearbeiten:

- Technisch-hygienische Arbeitsgruppe
- Ergonomische Arbeitsgruppe
- Arbeitsgruppe Arbeitsphysiologie und Sportheilkunde
 - " radioaktive Materialien
 - " Lärmbekämpfung und Audiologie
 - " respiratorische Krankheiten
 - " Absentismus
- Pharmako-therapeutische Arbeitsgruppe
- Perinatale Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe Lärmbekämpfung und Audiologie möchte ich als Beispiel für die Arbeit dieser Gruppen kurz beschreiben. Sie besteht aus einem Betriebsarzt, einem Vertreter des technischen Stabes und zwei Spezialisten für akustische Angelegenheiten. Im Jahr 1964 wurden 29 große Meßberichte besprochen, deren Auswertung sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Als Lärmquellen werden besonders Maschinen genannt, aus denen komprimierte Luft entweicht. Es gelang, durch selbstentwickelte geräuschdämpfende Mittel den Lärm beträchtlich zu reduzieren.

In den Kellerräumen des Gesundheitsdienstes will man in Zukunft den beiden Experten für Akustik die Einrichtung zur Prüfung von Maschinenkonstruktionen hinsichtlich ihrer Lärmentwicklung und von Lärmisoliermitteln schaffen.

Die Arbeitsgruppe Audiologie wurde 554 mal im Jahre 1963, dagegen 882 mal im Jahre 1964 konsultiert. 1964 kamen 135 Patienten, um sich Hörapparate verschreiben zu lassen; 23 von ihnen wurden zur fachärztlichen Behandlung weiter überwiesen.

112 Patienten konnte im eigenen Gesundheitsdienst geholfen werden, von denen 90 einen Hörapparat angeschafft haben. Bei 18 Patienten war die Anpassung noch nicht zufriedenstellend; 3 verweigerten einen Hörapparat und 1 Patient benötigte keinen.

Allgemeine Prävention und Gesundheitserziehung

Dieses Gebiet wird unterteilt in wiederum sieben Arbeitskreise, die in der einleitenden Gliederung schon genannt wurden. Auf die Rubrik "allgemeine periodische Untersuchungen" möchte ich kurz eingehen. Unter diesen Untersuchungen werden die ärztlichen Untersuchungen verstanden, die von den Betriebsärzten zusammen mit den Philips-Hausärzten unternommen werden. Sie beziehen sich auf ältere Arbeiter und finden in Abständen von drei Jahren statt. Es wird auf eine sehr ausführliche Anamnese Wert gelegt. Die organmäßige Untersuchung wird ergänzt durch Thoraxröntgenbilder, Elektrokardiogramme, Funktionsprüfungen von Kreislauf und respiratorischem Apparat sowie Laboruntersuchungen von Blut und Urin. 1964 nahmen 803 Personen an dieser Untersuchung teil.

Spezialabteilungen

Von den auch schon aufgezählten Abteilungen sei die für Rehabilitation und physikalische Therapie herausgegriffen. Sie ist so stark mit städtischen Einrichtungen verbunden, daß 1964 nicht nur an die Planung einer neuen Rehabilitationsabteilung in der Poliklinik Cederlaan gedacht, sondern auch die Errichtung eines Rehabilitationszentrums Eindhoven und eines Diakonissenhauses beschlossen wurde.

Aus umfangreichen, unter ergonomischen Aspekten durchgeführten Arbeitsplatzanalysen wurden die Möglichkeiten für eine gezielte Rehabilitationsbehandlung abgeleitet. Die Bemühungen, eine Korrelation zwischen Körperkraft und Körperhaltung mittels angepaßter Therapie und Handlungsanweisungen zu schaffen, haben angeblich große Erfolge gebracht.

Einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsarten und die Zahl der Behandelten gibt folgende Aufstellung:

	1962	1963	1964
Traktionen	230	269	817
Wärme:			
Infrarotbestrahlung	177	110	244
Kurzwellenbestrahlung	15676	14269	15485
Mikrowellenbestrahlung	7285	5219	5347
Ultraschall	3233	2982	2995
Paraffinbäder	893	718	645

	<u>1962</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>
Gymnastische Übungen	10104	9958	10340
Ultraviolettbestrahlung (mit Fluoreszenz erzeugendem Leuchtrohr)	809	1394	1471
mit Quecksilberdampfhochdruck Leuchtrohr und Filter	2525	2245	1804
mit Quecksilberdampfniederdruck Leuchtrohr	1138	682	656
Elektrotherapie	<u>5349</u>	<u>6636</u>	<u>7332</u>
Insgesamt	47419	44482	47136

Durch Krankheit verursachter Absentismus

Ganz allgemein ist ein stetiges Steigen der Absentismusziffern zu verzeichnen. In Eindhoven ist das mittlere prozentuale Arbeitsverstäumnis von 1960 bis 1964 bei den Männern von 4,9 auf 5,6 und bei den Frauen von 5,7 auf 6,7 gestiegen.

Finanzen

Die Verwaltung der finanziellen Angelegenheiten des Gesundheitsdienstes Eindhoven besorgt ein Verantwortlicher der Abteilung "Allgemeine Verwaltung". Das Ausarbeiten des jährlichen Budgets des Dienstes wird von dem Hausarzt Dr. BERGER in Zusammenarbeit mit der Direktion unternommen.

Unter den Ausgaben des ärztlichen Dienstes nehmen die Gehälter und Löhne einschließlich der sozialen Lasten mit 70% der gesamten Ausgaben den größten Teil ein. Die Stiftung Krankenfürsorge der N.V. Philips deckt zu 2/3 die Unkosten für ihre Kassenmitglieder. Ein Teil wird durch Einnahmen aufgebracht, die aus Leistungen gegenüber den Patienten herrühren, die als Außenstehende von den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten Gebrauch machen. Der Rest wird von nicht zum Philips-Konzern gehörigen Betrieben bezahlt, die dem Gesundheitsdienst angeschlossen sind.

Die Kosten für alle mit dem Philips-Gesundheitsdienst zusammenhängenden ärztlichen Verrichtungen in den Niederlanden betrugen 1964 0,82% der gesamten Löhne und Gehälter, die vom Konzern ausgezahlt wurden.

(Das Material über den Philips-Gesundheitsdienst ist entnommen dem Jaarverslag 1964, Philips Medische Dienst uitgeve Philips Gezondheidscentrum Eindhoven und dem dazugehörigen Tabellenband).

2.352 Stiftung: Gesundheitsdienst Dordrecht

Der erste gemeinschaftliche betriebsärztliche Dienst in den Niederlanden wurde schon im Jahre 1942 in Dordrecht gegründet. Damals waren 5 Betriebe mit rund 4000 Arbeitern daran beteiligt, jedoch sank die Zahl gegen Ende des Krieges auf 1800 Arbeiter, da ein Teil der Betriebe die finanziellen Lasten für den Gesundheitsdienst nicht mehr tragen konnten.

In den Jahren 1946-47 stieg die Zahl der versorgten Arbeitnehmer auf 7000 an, und im Herbst 1966 waren 16 Betriebe mit 10500 Arbeitern Träger des gemeinschaftlichen Gesundheitsdienstes in Dordrecht. Nur einer der beteiligten Betriebe fällt unter das Gesetz zur Einrichtung betriebsärztlicher Dienste, die übrigen haben sich schon vorsorglich angeschlossen, da mit einer Herabsetzung der geforderten Belegschaftszahl von 750 in den nächsten Jahren gerechnet wird.

Die Firma Du Pont de Nemours hat sich am 1. 6. 1965 von dem Werksarztzentrum gelöst und einen eigenen Gesundheitsdienst eingerichtet, weil ihre Arbeiterzahl beträchtlich angewachsen war.

Zur Zeit beschäftigt das Werksarztzentrum

3 Ärzte
1 Krankenpflegerin
1 Laborantin
1 Sekretärin

Zur Ergänzung sind in einigen Betrieben noch ein Pfleger und eine Werkschwester tätig.

Alle folgenden Zahlenangaben sind dem medizinischen Jahresbericht der Stiftung: Betriebsgesundheitsdienst Dordrecht aus dem Jahre 1965 entnommen. Zu der Zeit wurden von dem Werksarztzentrum nur 9289 Arbeiter versorgt.

Die Gesamtzahl der durchgeführten Untersuchungen betrug 11308 (im Vorjahr 12355). Im einzelnen lassen sie sich aufteilen in:

	<u>1964</u>	<u>1965</u>
Sprechstunde	2017	1994
Periodische Untersuchung bei besonderer Gefährdung	696	956
Übrige periodische Untersuchungen	430	153
Einstellungsuntersuchungen	2998	2854
Durchleuchtung u. Schimmbilduntersuchungen	4948	3627
Tuberkulose-Kontrollen	301	794
Kontrollen auf Infektionskrankheiten	22	14
Impfungen	921	914
Untersuchung zwecks vorzeitiger Pensionierung	22	2

Die Verminderung der Untersuchungszahlen ist einerseits auf das Ausscheiden der Firma Du Pont zurückzuführen und andererseits in Änderungen der Personalbesetzung des Dienstes begründet, wodurch zeitweise die Funktionsfähigkeit eingeschränkt war.

Wie in den Philips-Werken, ist auch hier die Absentismuszahl gegenüber 1964 in Bezug auf Häufigkeit und Dauer des Arbeitsversäumnisses gestiegen. Es mußte leider festgestellt werden, daß die ärztliche Kontrolle als einziges Mittel zur Bekämpfung der Arbeitsversäumnisse völlig versagt hat. Man ist in Dordrecht der Meinung, daß ein Teil der Gelder, die in den in dieser Beziehung hilflosen Gesundheitsdienst gesteckt werden, dazu gebraucht werden sollen, die Erscheinung auf wissenschaftliche Weise zu analysieren und hieraus praktisch brauchbare Schlüsse zu ziehen.

Ansonsten entsprechen die Leistungen des Gesundheitsdienstes den üblichen Maßstäben. Es werden Klimamessungen vorgenommen, Lärmprophylaxe betrieben, Arbeitsplätze nach ergonomischen Gesichtspunkten eingerichtet, Schutzmaßnahmen gegen toxische Einflüsse an den Arbeitsplätzen ergriffen, Elektrokardiogramme angefertigt und selbstverständlich Röntgenuntersuchungen und Unfallbehandlungen durchgeführt. An Laboratoriumsuntersuchungen nennt die Statistik Blutuntersuchungen, Urinuntersuchungen und "andere" Untersuchungen.

Interessant ist vielleicht noch die Sterbeziffer. Bei den 32 im Jahre 1965 verstorbenen Arbeitnehmern waren die Todesursachen:

Herz- und Kreislaufkrankheiten	17
Tumoren	10
andere Ursachen	5

Auffallend ist die hohe Zahl der tödlichen Tumorerkrankungen.

3. DISKUSSION

Vergleicht man nun die Einrichtungen der drei Länder in Bezug auf den Arbeitsschutz und die ärztliche Betreuung in den Betrieben miteinander, so ergeben sich neben einzelnen Übereinstimmungen bemerkenswerte Unterschiede. Sie zeigen sich vor allem im Umfang der gesetzlich fundierten Arbeitsschutzbestimmungen und deren praktischer Durchführung, an der die betriebsärztlichen Dienste wiederum in unterschiedlichem Maße beteiligt sind.

Dem Paragraphen 120 der Deutschen Gewerbeordnung mit den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften steht das Schwedische Arbeiterschutzgesetz und das Niederländische Sicherheitsgesetz gegenüber. Während man in Schweden und den Niederlanden den gesetzlichen Schutz des Arbeiters bereits mit der Einrichtung des Arbeitsplatzes beginnen läßt, entnimmt der deutsche Arbeiter der Gewerbeordnung keine bindenden Hinweise für die Arbeitsplatzgestaltung, sondern richtet sich mehr oder weniger nach der vom Bundesministerium für Arbeit empfohlenen "Mustersicherheitsvorschrift für gewerbliche Anlagen" des Internationalen Arbeitsamtes in Genf. Auch das Niederländische Silikosegesetz, das grundsätzlich das Sandstrahlen und das Bearbeiten und Verarbeiten von Sandstein verbietet, sowie das Gesetz über "gefährliche Werkzeuge" sind Teile des Sicherheitsgesetzes und finden in der Deutschen Gewerbeordnung und den Unfallverhütungsvorschriften nichts Vergleichbares. Ebenso ist der § 4 des Schwedischen Arbeiterschutzgesetzes hervorzuheben, der eine jährliche ärztliche Untersuchung bei Jugendlichen unter 18 Jahren verlangt, gleichgültig, welchem Beruf sie nachgehen.

Die Unfallverhütung wiederum scheint in Deutschland umfassender durchgeführt zu werden. Sie weist eine Dreigleisigkeit auf, die in der Gewerbeaufsicht, im betrieblichen Unfallschutz und in der Aktivität der Berufsgenossenschaften mit ihrer Unfallverhütungspropaganda, ihren technischen Aufsichtsbeamten und den Schulungskursen liegt (H. SYMANSKI, 1966). Die letztgenannte Instanz fehlt in Schweden. Stattdessen hat sich dort der Paritätische Arbeiterschutzausschuß das Ziel gesetzt, unter Zusammenarbeit mit Verbänden und Gewerkschaften die "Gesundheit und die Sicherheit an den Arbeitsplätzen zu erhöhen". Die Betriebsverbände in den Niederlanden, als in der Hauptsache Krankenversicherungsträger, haben nicht so großen Einfluß auf das Unfallverhütungswesen, wie die Berufsgenossenschaften.

Die Arbeitsschutzaufsicht wird in den drei Ländern sehr unterschiedlich geführt. Eine der deutschen Gewerbeaufsicht annähernd entsprechende Institution ist in der sogenannten Arbeitsinspektion zu finden, die für die Überwachung der hygienischen Zustände in den Betrieben und die Befolgung der Sicherheitsgesetze eine medizinische Abteilung unterhält.

Nur haben die hier tätigen Ärzte im Gegensatz zu den Gewerbeärzten in der Bundesrepublik keine Verfügungsgewalt und stehen dem technischen Stab der staatlichen Behörde nur als Berater zur Seite. Außerdem wird der niederländische Gewerbearzt nicht über auftretende Berufserkrankungen informiert, was wiederum zur Folge hat, daß es nicht möglich ist, die Zahl der berufsbedingten Erkrankungen behördlicherseits zu erfassen. In Schweden liegt die Arbeitsschutzaufsicht völlig in den Händen technischer Inspektoren, die, ohne medizinische Kenntnisse zu besitzen, medizinische Gutachten über gesetzlich geforderte Routineuntersuchungen der Arbeiter auswerten sollen. Die in Zukunft stattfindende Auskunft von Gesundheitsingenieuren soll bezüglich der ärztlich-technischen Überwachung eine Verbesserung bringen.

Der Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung hat in Schweden eine Perfektion erreicht, die es jedem Staatsbürger unmöglich macht, im Krankheitsfall, bei Arbeitsunfähigkeit, bei Arbeitslosigkeit, bei Unfall oder im Alter finanziell nicht geschützt zu sein. Hier ist der Staat allgemeiner Versicherungsträger für alle, ohne Berücksichtigung von Lohngrenzen, und mit der Möglichkeit der freiwilligen Höhrversicherung. Deutschland und die Niederlande führen für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung eine Lohngrenze; die zwar mehrfach erhöht worden ist, die aber immer noch zuläßt, daß ein gewisser Prozentsatz der Arbeitnehmer der Niederlande schlechthin und der Angestellten in Deutschland ohne Versicherungsschutz ist. Im übrigen zeigen die Versicherungssysteme der letztgenannten Länder gegenüber dem Schwedens eine unvergleichlich größere Kompliziertheit, wobei die Verhältnisse in Deutschland noch von denen der Niederlande mit ihren 125 Krankenkassen und 1870 Pensionskassen übertroffen werden.

Darüber, daß die vorbeugende Medizin im Vordergrund aller betriebsärztlichen Bemühungen stehen muß, ist man sich in den drei Vergleichsländern einig, obgleich Schweden gegenwärtig noch großes Gewicht auf die kurative werksärztliche Versorgung legt und sogar die Familienangehörigen der Arbeitnehmer in werkseigenen Räumen behandelt werden.

Auch die Zahl der von einem hauptberuflichen Werksarzt zu betreuenden Arbeiter wird übereinstimmend mit 2000 bis 3000 angegeben. Ein nebenberuflich tätiger Werksarzt würde dann entsprechend der ihm zur Verfügung stehenden Zeit weniger Arbeiter zu versorgen haben.

Die Grundsätze, nach denen die Richtlinien für die Einrichtung werksärztlicher Dienste ausgearbeitet wurden, stimmen für Deutschland, Schweden und die Niederlande in den meisten Punkten überein, liegen ihnen allen doch letztenendes die Empfehlungen des Internationalen Arbeitsamtes zugrunde. Nur sind diese Richtlinien in den Niederlanden zum Gesetz erhoben worden, während sie in den beiden anderen Ländern die Form von Empfehlungen behalten haben.

In dem einen Land ist man also der Meinung, eine wirkungsvolle betriebsärztliche Betreuung nur mit Hilfe eines Gesetzes erreichen zu können, und in Deutschland wie in Schweden glaubt man, das gleiche Ziel auf freiwilliger Grundlage durch die Initiative und das ethische Bewußtsein der Unternehmer erringen zu können.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei fordern schon seit Jahren ein Werksarztgesetz nach dem Muster Frankreichs. Ebenso möchte die EWG-Kommission die von ihr ausgearbeiteten Empfehlungen als Grundlage für ein Werksarztgesetz sehen. Die Bundesärztekammer jedoch betont, daß ärztliches Wirken nur auf der Basis des Vertrauens innerhalb der betrieblichen Zusammenarbeit möglich sei, und eben diese sei in Frage gestellt durch eine zwangsweise Institutionierung (H. LOSKANT, 1966). Außerdem weist die Ärztekammer darauf hin, daß die erforderliche Zahl von Ärzten überhaupt nicht vorhanden ist. Sie erwartet, daß mit dem weiteren starken Ansteigen der Arztdichte auch das Interesse für den werkärztlichen Tätigkeitsbereich schnell zunehmen wird, und sich dieses Problem somit von selbst löst. Sie bringt weiterhin die Befürchtung zum Ausdruck, daß der gesetzlich fundierte Werksarzt mit der Zeit den staatlichen Einfluß auf das betriebliche Geschehen erweitern könne. Die Sonderstellung, die der Arzt dadurch im Betrieb innehatte, daß er der Schweigepflicht unterliege und nur seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich sei, wäre durch eine gesetzliche Regelung nicht aufrecht zu erhalten.

Dagegen steht die Ansicht der EWG-Kommission, daß das Gesetz nur regeln soll, welche Betriebe Dienste einzurichten hätten, daß den Betriebsärzten die Unabhängigkeit ihrer ärztlichen Entscheidung gesichert würde, und daß die Ausbildung, Fortbildung und Forschung an die Erfordernisse des Berufslebens angepaßt würden. Für den Arbeitnehmer, in dessen Betrieb der Arzt den "verlängerten Arm" des Personalchefs darstelle, würden Rechtsvorschriften im Sinne der EWG-Empfehlungen eine Vertrauensbasis überhaupt erst schaffen. Was den Betriebsärztemangel in Deutschland beträfe, so würde die gesetzliche Regelung seine Ursache beseitigen, indem sie die Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten und die Einführung der Arbeitsmedizin als Prüfungsfach für Mediziner erzwingt (H. BERG, 1966).

WAGNER und KÖRNER sind der Meinung, daß man vorerst die Einrichtung werkärztlicher Dienste noch mit Hilfe von Empfehlungen und Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern, dem Werksärzteverband und anderen Institutionen vornehmen und dafür die EWG-Empfehlungen, unter Berücksichtigung der neuesten Erkenntnisse, zugrundelegen sollte. Erst wenn dieser Weg oder der über tarifvertragliche Vereinbarungen innerhalb von 3-4 Jahren den erwünschten Erfolg nicht zeigen würde, sollte eine bundesgesetzliche Regelung geschaffen werden.

Um zukünftig auch Betriebe mit einer Zahl von 200 Arbeitern an werkstärtlich versorgen zu können, wären rund 2000 zusätzliche Werksärzte notwendig.

Rosenberger sieht bei den Betriebsinhabern einen Mangel an Bereitschaft für die Einrichtung von Betriebsgesundheitsdiensten wegen der sehr hohen Kosten. Immer würde erneut nach der Rentabilität gefragt, und da kein Beweis für den Rückgang der Krankenstandsziffern erbracht werden könne, bliebe das Interesse gering.

Wie die Bundesärztekammer, ist auch Rosenberger der Ansicht, daß ein Werksarztgesetz in jedem Falle an dem Mangel an arbeitsärztlich ausgebildeten Ärzten scheitern müsse, der wiederum aus dem Fehlen von Lehrstühlen für "Arbeitsmedizin" resultiere. Er weist darauf hin, daß der Deutsche Fakultätentag die Vollerkenennung des Faches "Arbeitsmedizin" ablehnt und auch die Bestallungsordnung das Fach nicht als ordentliches Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach anerkennt. Diese Auffassung sei im Vergleich zu anderen industrialisierten Ländern fast einmalig und kaum zu verstehen.

In Schweden herrscht die einmalige Situation, daß Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverband mehr miteinander als gegeneinander arbeiten, was ihnen in dem Arbeiterschutzgesetz bereits zur Auflage gemacht wurde. Aber sie sind selbst daran interessiert, den Staat aus "ihren" Belangen herauszuhalten und treiben in eigener Initiative die Einrichtung von Betriebsgesundheitsdiensten voran, um nicht eines Tages durch ein Gesetz dazu gezwungen zu werden. So ist es ihnen gelungen, fast alle Betriebe, die mehr als 1000 Beschäftigte zählen, dazu zu bewegen, werksärztliche Dienste einzurichten. (S. FORSSMAN, 1966). Als wirksames Mittel, Ärzte für diesen Zweck zu gewinnen, hat sich erwiesen, daß man ihnen die gesamte medizinische Ausrüstung stellt, aber nicht verbietet, auch nicht werksangehörige Patienten zu behandeln. Die Gefahr, daß ein Arzt diese Situation zu sehr für sich ausnutzen könnte, besteht kaum, denn das schwedische Steuerprinzip läßt die Arbeit des Arztes ohne hin nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze lohnend erscheinen.

In den Niederlanden hat im Jahre 1959 der Staat alle Diskussionen über das Für und Wider der gesetzlichen Regelung beendet, indem er ein Werksarztgesetz schuf, das Betrieben mit 750 Arbeitern und mehr die Einrichtung von Betriebsgesundheitsdiensten zur Pflicht machte. In dem Sitzungsdokument des Europäischen Parlaments über die Arbeitsstätten im Rahmen der drei Gemeinschaften wird jedoch bemängelt daß dieses Gesetz nur 142 Betriebe erfaßt, die nur etwa 7% der Arbeiter des Landes beschäftigen. Nach Darstellung des Niederländischen Instituts für präventive Heilkunde wird aber ein Prozentsatz von 19,4 werkstärtlich versorgt. Die Differenz ist damit zu erklären, daß sich viele Betriebe freiwillig einem Gesundheitsdienst angeschlossen haben, nicht zuletzt im Hinblick auf die Herabsetzung der Zahl von 750 Arbeitern.

Stellt man nun den Anteil von 19,4% der ärztlich versorgten Arbeiterschaft dem in Westdeutschland von 19,8% gegenüber, so kann man schließen, daß die gegenwärtig geltende gesetzliche Form der auf Freiwilligkeit beruhenden in ihrer Wirksamkeit keineswegs überlegen ist.

Ferner wird in dem Sitzungsdocument betont, daß sich im Jahre 1964 nicht mehr als 14 Mediziner an Werksarztkursen beteiligt haben. Dieses zeige sogar eine rückläufige Tendenz und sei ein Beweis dafür, daß eine ausreichende Zahl von Betriebsärzten nur dann vorhanden sein könne, wenn eine gesetzliche Verpflichtung dazu bestehe. Schließlich weist das Dokument darauf hin, daß, selbst wenn der betriebsärztliche Dienst für Unternehmen mit über 200 Arbeitern obligatorisch würde, nur ein Drittel der Arbeitnehmer ärztlich versorgt werden würde. Darum müsse die geforderte Zahl auf 50 herabgesetzt werden.

Die arbeitsmedizinische Ausbildung der Medizinstudenten findet in Deutschland, Schweden und den Niederlanden in unterschiedlichem Umfang statt. Niederländische Studenten müssen eine 25-stündige Vorlesung besuchen, und werden, sofern sie in Amsterdam studieren, im Fach Arbeitsmedizin im Staatsexamen geprüft. Wie schon erwähnt, ist dieses Fach in Westdeutschland weder mit einer Pflichtvorlesung, noch mit einer abschließenden Prüfung des Medizinstudenten verbunden, sondern wird in einer einsemestrigen Vorlesung abgehandelt und während des Staatsexamens im Rahmen der Hygiene geprüft. Schwedische Hochschulen begnügen sich sogar damit, arbeitsmedizinische Fragen im Rahmen der Hygiene, der Inneren Medizin und der Sozialmedizin zu behandeln.

Noch unterschiedlicher sind die Situationen hinsichtlich der Ausbildung zu Werkärzten. Jeder Arzt kann in der Bundesrepublik und ebenso in Schweden als Werkarzt tätig sein. Um die Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" führen zu dürfen, muß der deutsche Arzt jedoch den vorgeschriebenen, rund drei Monate dauernden Kurs an einer der drei westdeutschen Akademien absolviert haben. In Schweden beruht die Teilnahme an den vier Wochen dauernden werksärztlichen Kursen ebenso auf freiwilliger Basis und wird seit kurzem erheblich dadurch erschwert, daß die staatlichen Subventionen hierfür aufgehoben wurden und ein Unkostenbeitrag von 3000 Kronen pro Teilnehmer verlangt wird. In den Niederlanden kann laut Werkarztgesetz nur der anerkannte Werkarzt einen Betriebsgesundheitsdienst leiten. Zur Erlangung dieser Anerkennung ist der Besuch von zwei insgesamt neun Monate dauernden Kursen erforderlich, bei deren Abschluß der Beweis der Fähigkeit zur Leitung eines betriebsärztlichen Dienstes erbracht werden muß.

Ebenso bedarf die Tätigkeit eines jeden Betriebsgesundheitsdienstes in den Niederlanden der Zustimmung durch ein Gremium, das sich aus Fachleuten aller Teilgebiete der Medizin zusammensetzt.

Die Verwaltung der Betriebsgesundheitsdienste in Deutschland und Schweden liegt allein bei den Werksleitungen, wird in den Niederlanden jedoch gemäß Gesetz paritätisch durchgeführt, also von Mitgliedern der Arbeitgeber-schaft und der Arbeitnehmerschaft. Hierdurch will man das Mitbestimmungs-recht der Arbeiter sichern und sie gleichzeitig zur Mitverantwortlichkeit verpflichten.

Hervorzuheben sind einige Schwerpunkte und Besonderheiten bezüglich der Bemühungen auf dem Gebiet der vorbeugenden Medizin, der Wiedereinglie-derung von Genesenen in den Arbeitsprozeß und der Organisation der werks-ärztlichen Dienste in Schweden und den Niederlanden. So fordert der schwe-dische Arbeitgeberverband die Anfertigung von Audiogrammen bei der Ein-stellung der Arbeiter, die an ihrem Arbeitsplatz lärmgefährdet sein werden. Das Niederländische Institut für vorbeugende Medizin schildert den lämdis-ponierten Arbeitern in den Betrieben mittels eines Filmes die Folgen des Nichttragens von Lärmschutzmitteln, was auf die Arbeiter angeblich nach-haltigen Eindruck macht. Auf dem Gebiet der Rehabilitation unternimmt vor allem der Schwedische Staat besondere Anstrengungen. In jeder Provinz des Landes bestehen Übungswerkstätten für Gesundheitsgeschädigte, und in naher Zukunft soll der Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation eingeführt werden.

Zur Organisation innerhalb des Betriebsgesundheitsdienstes werden in den schwedischen Richtlinien bereits Hinweise gegeben. Die Werksschwester soll dem Arzt alle die Untersuchung der Arbeiter nicht unmittelbar betref-fenden Arbeiten abnehmen. An dem Beispiel eines Betriebes zeigt Professor FORSSMAN, daß nur bei knapp 10% der Inanspruchnahmen des betriebsärzt-lichen Dienstes auch der Werksarzt hinzugezogen wurde. Ärztliche Erhebun-gen werden möglichst mit Hilfe überall gebräuchlicher Formblätter durchge-führt, was die Zusammenarbeit mit Hausärzten, Behörden und anderen Betrie-ben erleichtert.

Eine Antwort auf die Frage, inwieweit der Betriebsgesundheitsdienst die Ab-sentismusziffer eines Betriebes beeinflußt, habe ich nur bei Prof. FORSSMAN gefunden. Demzufolge ist in einem nichtgenannten schwedischen Betrieb die Zahl von 10-11 Arbeitstagen pro Jahr und Beschäftigten nach Einführung eines werksärztlichen Dienstes auf einen Tag gesunken und die Fluktuation wurde stark eingeschränkt.

Der Gedanke, für mehrere kleine Betriebe einen zentralen Betriebsgesund-heitsdienst einzurichten, ist in der Bundesrepublik und in Schweden gleich-zeitig erst im Jahre 1966 verwirklicht worden, wohingegen die Niederlande bereits im Jahre 1942 die erste Einrichtung dieser Art schufen und gegenwär-tig 32 gemeinschaftliche Betriebsgesundheitsdienste unterhalten.

Ein wertender Vergleich zwischen den beschriebenen Gesundheitsdiensten der drei Länder ist nicht möglich, da sie für Deutschland und Schweden nur als Beispiele gewählt wurden, während die geschilderten Gesundheitsdienste der Niederlande das Optimum an betrieblicher Gesundheitsfürsorge darstellen. Der Gesundheitsdienst der Philips Gloelampenfabriken zeichnet sich vor allem durch das aus, was über das gesetzlich geforderte Maß hinaus getan wird. Seine ärztliche Betreuung schließt die Familienangehörigen der Arbeitnehmer mit ein, und in den Behandlungsräumen kann jede Art der Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. Selbst die kurative Behandlung wird von betriebszugehörigen Hausärzten vorgenommen.

Erwähnt sei noch die Tätigkeit der einzelnen Arbeitsgruppen, die beispielsweise neue Lärmschutzmittel, Methoden der Luftkonzentrationsbestimmung und Untersuchungsverfahren entwickeln. Nicht zuletzt gehört auch das umfangreiche statistische Material dazu, das alljährlich veröffentlicht wird und das zusammen mit den Ergebnissen der Forschungsarbeit anderen Betrieben sowie den staatlichen Behörden zugute kommt.

Abschließend sei bemerkt, daß Schweden auf dem Gebiet der Entschädigung von Berufskrankheiten richtungweisend dadurch ist, daß es grundsätzlich für alle gesundheitlichen Schädigungen der Arbeiter eintritt, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit am Arbeitsplatz auftreten und nicht mehr eine Liste der anerkannten Berufskrankheiten führt.

ZUSAMMENFASSUNG

Untersucht wurde der gesetzliche Arbeitsschutz, einschließlich den Arbeitsschutz im Rahmen der Sozialversicherung und die Regelungen für die Einrichtung werksärztlicher Dienste in Deutschland, Schweden und den Niederlanden. Ferner wurde die arbeitsmedizinische Ausbildung zu Werksärzten beleuchtet, und schließlich an mehreren Beispielen die Arbeitsweise von Betriebsgesundheitsdiensten der drei Länder beschrieben.

Dabei zeigte sich, daß die Arbeitsschutzgesetze der Niederlande und Schwedens härter und lückenloser als die Westdeutschlands sind. Die Aufsicht über die Durchführung der Arbeitsschutzmaßnahmen und die Unfallverhütung scheint hingegen in der Bundesrepublik Deutschland wirkungsvoller gestaltet zu sein. Der Schutz des Arbeiters durch die Sozialversicherung liegt in Schweden in staatlicher Hand und erfaßt, im Gegensatz zu den Gegebenheiten in Deutschland und den Niederlanden, alle Staatsangehörigen.

Während die Einrichtung betriebsärztlicher Dienste in den Niederlanden gesetzlich geregelt wurde, ist man in den beiden anderen Ländern bei der Regelung auf freiwilliger Grundlage geblieben. Jedoch hat sich gezeigt, daß dieses Werksarztgesetz in seiner augenblicklich geltenden Form einen geringen Wirkungsgrad hat, da es nur einen Bruchteil der Gesamtzahl an Betrieben erfaßt.

Die arbeitsmedizinische Aus- und Weiterbildung wird in den Niederlanden weit aus am intensivsten betrieben. Hier muß der Arzt, der sich werksärztlich betätigen will, eine umfangreiche Spezialausbildung durchlaufen, wohingegen jeder deutsche und schwedische Arzt ohne besondere Qualifikation als Betriebsarzt arbeiten darf.

Das Hauptgewicht der Arbeit der Gesundheitsdienste in den drei Ländern liegt auf der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, wobei die kurative Fürsorge bei der Arbeit der schwedischen Betriebsgesundheitsdienste noch eine verhältnismäßig große Rolle spielt.

LITERATUR

1. ALBINSSON, G.:
Public Health Services in Sweden
Published by the Swedish Hospital Association, 49f, (1965)
2. BALKE, S.:
Arbeitsschutz als ethische und technische Aufgabe
Verh. dt. Ges. ArbSchutz 5, 1-15, (1957)
3. BENGTSON, S. F.:
Sozialpolitik in Schweden - ein Überblick
Schwed. Gewerkschaftsbund
Utlandsinformation 3-8, (1963)
4. BERG, H.:
Stellungnahme zu dem Bericht von H. Loskant: Werksärzte
- ohne Gesetz
Zbl. Arbeitsmed. 16, 334f, (1966)
5. BONJER, F. H.:
Training in Occupational Health in the Netherlands
XV Congres international de medicine du travail
Verlag d. med. Akademie Wien, 323f, (1966)
6. BRANDT, O., JOHANSSON, B.:
Bullerbekämpfung (Lämbekämpfung)
Publikationer fran Svenska Arbetsgivareföreningen 57-59, (1960)
7. BUCKUP, H.:
Aufsicht und Überwachung der gesundheitlichen Prophylaxe
in ärztlicher Hinsicht
Handbuch der ges. Arbmed. IV/2, 395f, (1963)
8. BUCKUP, H.:
Die arbeitsmedizinische Versorgung der Betriebe
Zbl. Arbeitsmed. 15, 81-90, (1965)
9. BUCKUP, H.:
Handlexikon der Arbeitsmedizin 2. Aufl. Stuttgart 1966

Die ärztliche Eignungs- und Überwachungsuntersuchung als
Arbeitsschutzmaßnahme - ihre zunehmende Bedeutung im
Rahmen der Gesetzgebung -
Zbl. Arbeitsmed. 16, 10, (1966)

10. FORSSMAN, S.:
Företags Hälsovård (Vorbeugende Gesundheitsfürsorge)
Publikationer från Svenska Arbetsgivareföreningen
7-95, (1966)
11. GEDICKE, K.:
Akzente des Sozial- und Gesundheitswesens in Schweden
Sonderdruck Gesundheitsfürsorge 16, 125-130, (1966)
12. GROGGERT, K.:
Der gewerbeärztliche Dienst und die technische
Gewerbeaufsicht
Zbl. Arbeitsmed. 15, 25f, (1965)
13. HEIJBEL, C.A., LIDEN, G.:
Medicinsk Bullerskadeprofylax (Medizinische Lärmprophylaxe)
Publikationer från Svenska Arbetsgivareföreningen 15-20, (1963)
14. HOSCHEK, R., FRITZ, W.:
Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz
und die werksärztliche Praxis
Stuttgart, 1-8, 221, (1964)
15. KÖLSCH, F.:
Lehrbuch der Arbeitsmed.
4. Aufl., I, 11f, (1963)
16. KÖLSCH, F.:
Nocheinmal: Die Arbeitsmedizin in Westdeutschland
Zbl. Arbeitsmed., 14, 229-234, (1964)
17. KREMER, D.:
Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie
Verh. dt. Ges. ArbSchutz, 5, 27-37, (1957)
18. LAMPERT, U.:
Unfallvoraussetzung, Unfallursache und Sicherheitsbeauftragter
Zbl. Arbeitsmed. 15, 104-107, (1965)
19. LANGE, H.:
Der Werksarzt in Frankreich
Zbl. Arbeitsmed., 12, 273-275, (1962)
20. LOSKANT, H.:
Werksärzte - ohne Gesetz
Zbl. Arbeitsmed., 16, 302f, (1966)

21. MARCOUX, F.:
Arbeitsmedizinische Versorgung von Mittel- und
Kleinbetrieben - Erfahrungen in Frankreich
Verh. dt. Ges. ArbSchutz., 9, 55-61, (1965)
22. MULDER, H.J.:
Arbeitsmedizinische Versorgung von Mittel- und
Kleinbetrieben - Erfahrungen in Holland
Verh. dt. Ges. Arb.Schutz, 9, 32-37, (1965)
23. NETELENBOS, W.J., WINKLER, K.-O.:
Die Entwicklung der Industriemedizin in den Niederlanden
Zbl. Arbeitsmed., 12, 190-192, (1962)
24. PANCHERI, G.:
Die arbeitsmedizinische Versorgung von Mittel- und
Kleinbetrieben - Erfahrungen in Italien
Verh. dt. Ges. ArbSchutz, 5, 38-40, (1957)
25. PESCHICK, K.:
Über den Arbeitsschutz in den 6 Mitgliedstaaten
der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft
Zbl. Arbeitsmed. 15, 27-30, (1965)
26. ROSENBERGER, P.:
Werkärztliche Aufgaben im Rahmen der Rehabilitation
Zbl. Arbeitsmed. 11, 181-184, (1961)
27. ROSENBERGER, P.:
Arbeitsmedizinische Versorgung von Mittel- und
Kleinbetrieben
Verh. dt. ArbSchutz 9, 28-32, (1965)
28. ROSENBERGER, P.:
Gedanken zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
der werkärztlichen Arbeit
Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 1, 21, (1966)
29. ROSSMANN, H.:
Der Werksarzt
Deutsches Gesundheitsmuseum, Köln 1951
30. SCHNEIDER, H.:
Organisation der Arbeitsmedizin in Deutschland
und Frankreich
Zbl. Arbeitsmed. 16, 161-167, (1966)

31. SCHULZ, G.W., SCHULZE, J., WEICHARDT, H.:
Arbeitsschutz und Arbeitshygiene 15-20
Heidelberg 1962
32. SYMANSKI, H.J.:
EWG, Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz
Zbl. Arbeitsmed., 11, 86f, (1961)
33. SYMANSKI, H.J.:
Der Werksarzt
Handbuch der ges. Arbeitsmed. IV/2, 726-731
Berlin-München-Wien 1963
34. SYMANSKI, H. J.:
Arbeitsmedizin in Schweden und Norwegen
Zbl.Arbeitsmed. 14, 289-292, (1964)
35. SYMANSKI, H.J.:
Arbeitsmedizin - 69. Deutscher Ärztetag
Dtsch. Ärzteblatt 20, (1966)
36. SYMANSKI, H.J.:
Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz in Schweden und Norwegen
B.Arb.Bl. 10, 279-284, (1966)
37. STOLLENZ, E.:
Drei Jahre Akademie für Arbeitsmedizin Berlin
Arbeitsmed.Sozialmed.Arbeitshyg. 2, 62f, (1966)
38. WAGNER, R., KÖRNER, O.:
Aufgabe, Organisation, gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenz der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland
Arbeitsschutz 7, 184-187, (1964)
39. WEBER, H.-J.:
Die Zusammenarbeit zwischen Werksarzt und Hausarzt
aus werksärztlicher Sicht
Arbeitsmed.Sozialmed.Arbeitshyg. 8, 267, (1966)
40. WENZEL, C.:
Das Werksarztzentrum Köln-Ehrenfeld e.V. -
Entstehung, Aufgaben, Ziel, Arbeitsweise
Vortr. vom 8. 11. 1966 (Maschinenschr. autographisch)

41. WOLFF, P.:
Zur Vereinbarung im werksärztlichen Dienst
Zbl. Arbeitsmed. 1, 17f, (1951)
42. Der Werksarzt, eine Notwendigkeit für den modernen Betrieb
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Hinweise für Unternehmer, 2, (1964)
43. Bedrijfsgeneeskundige Dienst Dordrecht: Medisch Jaarverslag 1964
(Betriebsgesundheitsdienst Dordrecht: Medizinischer Jahresbericht 1964)
Maschinenschr. autographisch
44. Das Königreich der Niederlande in der Gegenwart
Arbeits-, Sozial- und Fürsorgewesen
Veröffentlichung der Niederländischen Ministerien, 5-43
45. Bericht über die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten
im Rahmen der drei Gemeinschaften
Sitzungsdokument des Europäischen Parlaments Nr. 73 vom
20. Juni 1966
46. Schweden heute
Forum Schwedisches Institut, 31-36, (1966)
47. Jaarverslag van de Arbetsinspektie 1965 (Jahresbericht der
Arbeitsinspektion 1965)
Ministerie van sociale Zaken en Volksgezondheid
Staatsuitgeverij/§-Gravenhage, Vooburg, 4-8, (1965)
48. Nederlandse Staatswetten (Niederländisch Editie Schuurman
und Jordens No. 57,)Tiende Druk 1966
49. Philips Medische Dienst: Jaarverslag 1964
(Philips Gesundheitsdienst: Jahresbericht 1964)
Uitgave Philips Gezondheidscentrum Eindhoven
50. Social Benefits in Sweden (Soziale Fürsorge in Schweden)
Published by Framtiden Life Insurance Company 21-36, (1966)
51. 70. Deutscher Ärztetag
Arbeitsmedizin
Ärztl. Mitt. Dtsch. Ärztebl. 21, 1096-1101, (1967)
52. The Netherlands Institute for Preventive Medicine
(Niederländisches Institut für vorbeugende Medizin) 6-26, (1962)

53. Grundlagen des werkärztlichen Dienstes
Werkärztliche Arbeitsgemeinschaft, Stand vom 1. 3. 1953
54. Der medizinische Sachverständige
Veröffentl. vom Zentralverband Schwedischer Arbeitgeber
24, (1961)
55. Zusammenarbeit Schwedischer Arbeitsmarktpartner
Arbeitsschutz
Veröffentl. vom Zentralverband Schwedischer Arbeitgeber-
und Arbeitnehmerverband, 8-13
56. Tatsachen über Schweden - Die allgemeine Krankenversi-
cherung
Veröffentl. vom Schwedischen Institut für kulturellen Aus-
tausch mit dem Ausland

Für die Überlassung des Themas möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Hans Harmsen an dieser Stelle danken.

Herrn Dr. Detlef Niederstadt danke ich für die weitgehende Unterstützung bei der Gestaltung dieser Arbeit.

Ich versichere, daß ich zur Erstellung der Arbeit außer den umseitig
angeführten Hilfen keine weiteren benutzt habe.

LEBENS LAUF

Am 17. 5. 1939 wurde ich, Winfried Cray, als Sohn des Zahnarztes Hans-Heinrich Cray und seiner Ehefrau Edith, geb. Beilharz, in Königsberg in der Neumark geboren.

Von 1946 bis 1951 besuchte ich die Volksschule in Mittelfranken und in Niedersachsen. Die Mittelschule besuchte ich von 1951 bis 1954 und anschließend die Oberschule in Uelzen und Lüneburg, wo ich im Jahre 1961 das Abitur ablegte.

Mein Zahnmedizinstudium begann ich im Sommer 1961 in Hamburg. Von November 1963 bis Juli 1964 studierte ich in Würzburg. Im Herbst 1965 bestand ich die zahnärztliche Vorprüfung in Hamburg, wo ich auch das Staatsexamen im Sommer 1968 ablegte.

W. Cray

